

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

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

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

Usage guidelines

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

We also ask that you:

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

About Google Book Search

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







610,5 Z6 N46

CENTRALBLATT

füi

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

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

Herausgegeben von

Albrecht Erlenmeyer (Bendorf), dem Begründer des Blattes,

van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush).

Kowalewskij (Petersburg), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen),

Laufenauer (Budapest), Lombroso (Turin), Marie (Paris), Marinesco (Bukarest)

Morel (Mons), Morselli (Genua), Obersteiner (Wien), Seguin (New-York),

Redigirt von Dr. Hans Kurella in Brieg bei Breslau.

1897.

XX. Jahrgang. Neue Folge VIII. Band.



COBLENZ & LEIPZIG.

Rheinstrasse 19 — Täubohenweg 21
Verlag von W. Groos, Königl. Hof-Buch- und Kunsthandlung
(L. Meinardus).

Inhalts-Verzeichniss.

Originalbeiträge.

I. Abhandlungen.

	Seit
Ludwig Mann: Ueber den gegenwärtigen Stand der Electro-	
diagnostik	1
L. Löwenfeld: Ueber musikalische Zwangsvorstellungen	57
Knauer: Ueber Hemicrania ophthalmica	121
L. Roncoroni-Jentsch: Die physiologische Genese der Paranoia	177
Hallervorden: Allgemeines über Interferenz und Geschlechts-	
vererbung	179
A. J. Juschtschenko: Ueber frühzeitige syphilitische Erkrankung	
des Nervensystems	238
E. Jentsch: Pathologie und Criminalität	329
G. Flatau: Ueber die Beziehungen zwischen Tic général und Zwangs-	-
vorstellungen	398
W. v. Bechterew: Ueber die Anwendung der Bettruhe bei	000
Geisteskranken	396
P. J. Kowalewsky: Epilepsia senilis	457
	401
W. v. Bechterew: Ueber die künstliche Hervorrufung der Sinnes-	
täuschungen bei an hallucinatorischer Form von Wahnsinn lei-	
denden Alcoholikern	505
Derselbe: Ueber den suggestiven Einfluss der acustischen Sinnes-	~ ^ ^
täuschungen	508

II. Sammelreferate und kritische Rundschauen.

	serre
Neue und alte Zeitschriften Von Kurella	118
Electrodiagnostische Tagesfragen. Von L. Mann	173
Die histologische Diagnose der progressiven Paralyse Von W. Pollack	193
Gehuchten's Theorie der spastischen Lähmungen. Von L. Mann .	255
Strafrecht und sociale Auslese. Von O. Marcuse	452
Zur Aphasiefrage. Von Dr. Cassirer	511
Die Lage der Irrenfürsorge in Baden. Von E. Kraepelin	654

III. Vereins- und Versammlungsberichte.	
XII. Internationaler medicinischer Congress in Moskau. Bericht von E. Flatau und I. Jacobsohn. In besonderem Beiheft.	
69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte	553
Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 20 68	128
243 401 403	
Psychiatrischer Verein zu Berlin 62 378	516
XV. Congress für innere Medicin zu Berlin	381
XXVI. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg	601
III. internationaler Congress für Psychologie in München	125
Originalberichte über ausländische Vereine 175 251 309	406

IV. Bücherbesprechungen.

Anatomie, Physiologie, Psychologie.

Hallervorden: Arbeit und Wille, S. 48. — Flechsig: Die Localisation der geistigen Vorgänge, 50. — Ziehen: Leitfaden der physiologischen Psychologie, 78. — v. Bechterew: Die Leitungsbahnen des Rückenmarks und Gehirus, 83. — Der selbe: Ueber die Schleifenschicht, 84. — Roebroeck: Ganglion supremum sympathici, 85. — Hoeben: Centrum oculo-spinale, 86. — Colenbrander: Structur der Vorderhorn-Ganglienzellen, 86. — Anonymus: Der Mechanismus des Bewusstseins, 260. — E. Kraepelin: Zur Hygiene der Arbeit, 261. — Schiller: Der Stundenplan, 262 — Thomas: Le cervelet, 472. — Ramon y Cajal: Beitrag zum Studium der Medulla oblongata, 475. — Obersteiner: Anleitung zum Studium der nervösen Centralorgane, 478. — Pfister: Das Hirngewicht im Kindesalter, 479. — Thomas: Das Kleinbirn, 571. — Brochard: L'erreur, 592. — Sachs: Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen, 613.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Laurent: Die Zwitterbildungen, 43. — Elias: Von Vaguslähmung abhängige Herzleiden, 55. — Bervoets: Spontane Gangrän, 55. — Windscheid: Neuropathologie und Gynäkologie, 82. — Baas: Die semiotische Bedeutung der Pupillenstörungen, 186. — Obersteiner: Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnerven-

systems, III. Heft, 264; V. Heft, 564. — Winkler: Krankheiten der primären Neuronen, 356. — Goldscheider: Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems, 359. — Bosch: Ueber Syringomyelie, 372. — Redlich: Die Pathologie der tabischen Hinterstrangserkrankungen, 645. — Astie: Le thorax en bâteau de la syringomyélie, 647

Krankheiten der Muskeln, peripherischen Nerven und der Sinnesorgane.

Oliver: Ophthalmologie appliquée au diagnostic des maladies nerveuses, 186. — Marin a: Multiple Augenmuskellähmung, 187. — Grimm: Klinische Beobachtungen über Beri-Beri, 446. — Tiling: Ueber alcoholische Paralyse und infectiöse Neuritis multiplex, 644.

Rückenmarkskrankheiten.

Vives: L'hystéro-tabès, 183. — L. Mann: Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre von der spinalen Hemiplegie, 183. — Cervesato: Epidemie von infantiler Paralyse, 355. — Bosch: Syringomyelie, 372. — Bonhöffer: Seitenstrangserscheinungen bei acuten Psychosen, 373. — Redlich: Die Pathologie der tabischen Hinterstrangserkrankungen, 645. — Astié: Le thorax en bâteau de la syringomyèlie, 647.

Hirnkrankheiten.

Heilbronner: Aphasie und Geisteskrankheit, 47. — Baas: Semiotische Bedeutung der Pupillenstörung, 186. — Marina: Multiple Augenmuskellähmung, 187. — Sachs: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters, 263. — Massalongo: Die Little'sche Krankheit, 467. — Thomas: Le cervelet, 472. — Bastian: Probleme der Aphasie und anderer Sprachdefecte, 511. — Thomas: Das Kleinbirn, 571.

Neurosen und Hypnotismus.

Vives: L'hystéro-tabès, 183. — Rubinstein: Hamlet als Neurastheniker, 191. — Sachs: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters, 233. — Misiowicz: Männliche Sexualleiden, 267. — Binswanger: Pathologie und Therapie der Neurasthenie, 360. — Levillain: Essais de neurologie clinique, 364. — Ranschburg und Majos: Neue Beiträge zur Psychologie der hysterischen Geisteszustände, 368. — Mingazzini: Akinesia algera, 447. — Séglas: Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, 580. — Ballet: Leçons de clinique médicale, 588. — Bruns: Die Hysterie im Kindesalter, 649. — Bernheim: Die Suggestion und ihre Heilwirkung, 191. — Wildermuth: Zur Aetiologie der Epilepsie, 448. — Féré: Die Epilepsie, 589. — Oberdieck: Alcoholismus und seine rationelle Behandlung, 587. — Rodet: Morphinomanie et morphinisme, 591.

Psychopathologie.

Becker: Einführung in die Psychiatrie, 44. — Heilbronner: Aphasie und Geisteskrankheit, 47. — Kirchhoff: Die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen, 76. — Ellis und Symonds: Das contrare

Geschlechtsgestihl, 80. — Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch, 340. — Séglas. Leçons cliniques, 580. — Ballet: Psychoses et affections nerveuses, 588.

Hitzig: Ueber den Querulantenwahn, 74. — Bateman: Der Idiot. 268. — Knauer: Puerperale Psychosen, 369. — Bonhöffer: Seitenstrangerscheinungen bei acuten Psychosen, 373. — Féré: Die Epilepsie, 589.

Degenerationslehre und forensische Psychopathologie.

Laurent: Die Zwitterbildungen, 48. — Ellis und Symonds: Das conträre Geschlechtsgefühl, 80. — Ferri: Das Verbrechen als sociale Erscheinung, 269. — Delbrück: Gerichtliche Psychopathologie, 585. — Cramer: Gerichtliche Psychiatrie, 586. — Siemerling: Beiträge zur forensischen Psychiatrie, 370.

Therapie.

Althaus: Der Werth der Electricität als Heilmittel, 188. — Buschan: Schilddrüsentherapie, 190. — Regnier: Traitement des maladies des femmes par l'électricité, 448. — Stefani: Traitement chirurgical du goître exophthalmique, 449. — Schubert: Die Blutentziehungskuren, 450. — Thilo: Uebungen, 648.

Bernheim: Die Suggestion und ihre Heilwirkungen, 191. — Beyer: Psychische Behandlung und Hypnotismus, 585. — Löwenfeld: Lehrbuch der gesammten Psychotherapie, 359. — Stadelmann: Der Psychotherapeut, 583. — Voisin: Emploi de la suggestion hypnotique dans l'aliénation mentale, 585.

Snell: Grundzüge der Irienpflege, 659. - Kalischer: Unterricht und Erziehung schwachbegabter und schwachsinniger Kinder, 651.

Anstaltswesen.

Kretzschmar: Die Irrenfrage, 41. — Derselbe: Brausewetter 192. — Hitzig: Kostordnung der psychiatrischen Klinik zu Halle, 370. Tippel: Leitfaden zum Unterricht in der Pflege Geisteskranker, 371. — Alt: Die Irrenpflege, 450. — Sommer: Staat und Kirche in der practischen Irrenpflege, 451. — Dannemann: Geisteskrankheit und Irrenseelsorge, 451. — Snell: Zur Geschichte der Irrenpflege, 452. Pentzoldt und Stintzing: Handbuch, Bd. IX, 468. — Moeli: Die Irrenanstalt Herzberge, 469. — Falkenberg: Die Pflege Geisteskrauker, 471. — Schröter: Wartpersonal an Irrenanstalten, 471. — Snell: Grundzüge der Irrenpflege, 653.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Die Zahlen geben die Nummer des Referats an, die römischen Zahlen eine Buchanzeige, die fetten Zahlen die eines Originalbeitrages

```
Aschaffenburg (Heidelberg):
  XXXII XXXVII LIV.
Bach (Würzburg): XXI—XXIII
  120 165 166 167 228 484 - 90
  517 518 528 529.
Bary (Petersburg): 143-45 149
  191—204 248 263 270 - 71 276
  309-10 329 393.
v. Bechterew (Petersburg): 396
  505 508.
Behr (Riga): XLIII 9 62 325 - 26
  378 438 445 449 475.
Bennecke (Dresden): 328 336
  354 453.
Bielschowsky (Breslau): 125.
Blachian (Werneck): 132 178
  179 257 315 377 392 546 551.
Bresler (Freiburg i. Schl.): I VI.
Buschan (Stettin): II XII XIII
  LIX LX LXXXVIII XCV 46 47
  63 84 97 105 108 116-18 146
  151 158 161-62 170 176 205
  223 238 250 288 312 316 318
  320-21 323 342-44 349 380
  427 442 444 450 476 483 484
  501 514 532 535 537-40 542
  544 547 548 550 552 554.
Cassirer
            (Berlin):
                     XIX
                           xv
  LXXIX XCIV 23
                    36 - 38 40
```

42 44 83 103 317 890 397 - 402

452 455 457 519 553.

```
Dauber (Würzburg): 35 43 49 50
  51—55 58—60 96 101 102 119
  147 157 160 164 217 235 237
  244 245 247 252-54 260 264
  277-78 314 424-26 429 432
  434 456 463 478-81 491 XX.
Dieckhoff (Dresden): 429.
Didrichson (Petersburg): 437.
Edel (Charlottenburg): 1-4 18
  26—32 69—71 169 186—190
  229 293-95 304-08 389 403
  bis 414 430 491.
Erlenmeyer (Bendorf): XC 48
  65 154 159 225 361.
Falkenberg (Lichtenberg):
  110 123 168 236 348.
E. Flatau (Berlin): 393.
G. Flatau: das Beiheft.
Forel (Zürich): LXXXV.
Forell (Jena): 139-142.
Frank (Petersburg): 448,
Gallus (Neuruppin): LXII - LXIII
  275 287 313 337 355 360 385
  395 419.
Gaupp (Breslau): LXXII LXXX
  XCIII XCVII 373—74 422 462
  497 503-04 511 p. 663.
Goldstein (Ascheu):
                      92 - 95
  423.
Groenouw (Breslau): XCII.
Hallervorden (Königsberg); 179
```

Hoppe (Allenberg): IXXVIIXXVIII LXXII 11 15 16 21 22 25 33 34 45 64 72 - 74 78 82 98 99 104 122 133 134 156 171 180 230 234 240 - 43 258 281 283 322 346 353 358 - 59 364 368 3 2 383 415 418 420 - 21 431 446 447 454 461 492 493 505 507 508 513 516 523 527 531 533 545 555 556.

Ilberg (Sonnenstein): III IV 19 111

111.
Ireland (Mavisbush): XXXVI.

Jacobsohn (Berlin): Das Beiheft. Jentsch (Turin): 83 a 86 87 155 177 206 226 249 280 329 347 458 477 512 522 XXIX LVI LXIV LXX XCVIII.

Juschtschenko (Petersburg): 233.

Kaufmann (Sonnenstein): 109. Klinke (Tost): 1 75 77 89 -91 376 526 549 CI.

Knauer (Görlitz): 121.

P. D. Koch (Kopenhagen): 41 124 227 251 256 261 262 324 377.

Kornfeld (Grottkau): 327 362 bis 363 XCI.

Kowalewsky (Petersburg): 457. . Kraepelin (Heidelberg): 654.

Kurella (Brieg): VII VIII XI XIV XVI - XVIII LXIV—LXIX 106 107 113—15 126—31 136 bis 138 207—14 216 220—22.

Lehmann (Werneck): 10 148 152 259 289 330 445 388 451 498 520 551.

Löwenfeld (München): V XXV XXVI XXXVII XLV LV LXXXII LXXXIII LXXXIV XCIX 57 125 39 57 61 68 121 135 150 215 219 224 232 246 255 318 332 366 384 387 416 460 482 506 510 521 530.

Loewenthal (Braunschweig): 112 365 379 382 394 435-36 464 bis 474 LIII.

Mann (Breelau): 1 173 255 XXIV LII XCVI.

O. Marcuse (Breslau): 452.

Mercklin (Lauenburg i. P.): 351 440 443 536.

J. Müller (Würzburg): 499 500 502 509.

Nawratzki (Dalldorf): 20 290.

Neisser Cl. (Leubus): IX X XXXVIII.

Passow (Strassburg i. E.): 5 14 17 266 267 273 292 350 352 356. Peltesohn (Berlin): 367 369 - 70 441 459 494 - 96.

Polak (Berlin): 296-303.

Pollack W. (Würzburg): 193.

Pollitz (Brieg): 284 357 439 XLVII-L LXI LXXI-LXXIV.

Roncoroni (Turin): LXXXIX. Snell (Hildesheim): LXXXVI.

Theilhaber (Munchen): LVIII.

Thomas A. (Paris): LXXV. Trömner (Dresden): 76 79 80 81 182 285 334-35 381 386.

Voigt (Oeynhausen): 53 100 153 163 181 233 234 265 282 291 333 340 433 515 524-25 534 543.

Wichmann (Elgersburg): 66 218 231 417.

Willführ (Dresden): LXXXVII. Wolff (Münsterlingen): 7 8 12 13 24 172-75 183-185 269 272 274 279 286 331 338-39 341 LXXXI C.

Autoren-Register.

Bh. vor den Zahlen verweist auf das Beiheft.

Acquisto 140. Adamkiewicz 645. Adams 291. Akopenko 251. Albertotti 434. Aldor 620. Alt 305 450. Althaus 188. Alzheimer 316 489 499 506. Andriani 654. Arndt 376 534. Arrhenius 251. Aschaffenburg 75 171 311.

B.

Astié 647. Anerbach 29.

Baas 186. Babes 90 92 497. Bach 601 ff. 603. Bacon 292 539. Baierlacher 9. Balint 208. Ballet Bh. 21 588. Barker 35 215. Bartels 557. Bastian 511. Batemann 268. Baumann 488. Bayer 87. Bayr 635. Becker 44.

v. Bechterew 83 84 119 125 175 253 254 276 295 306 310 317 396 421 485 493 505 508. Behr 436. Bell 420. Belmondo 654. Benda 144 293 405 521 Bh. 11. Benedikt 567 Bh. 4 n. 33. Rerend 413. v. Bergmann Bh. 44. Berkhan 558. Bernhardt 21 109 130 626. Bernheim 191 Bh. 26. Bernheimer 601 603. Bervoets 55. Beyer 426 585. Bianchi 286. Biernacki 610. Bikeles 265. Binet 282. Binswanger 385 195 B. 5. Bischof 537 541. Blaschko 526. Bloch 70. Boeck 437. Bödeker 378. Böhme 224. Bonardi 629. Bonhoeffer 494.

Borgherini 267 Bh. 42.

Böttiger 561 563 618.

Bouillard 474. Bouchard 42 31. Boucher Bh. 2. Bourneville 156. Boyes 156. Boyd 215. Brackmann 309. Brasch 295 381 526. Bratz 66. Brauer 296. Braun 226. Bregmann 211. Bremer 228 595. Brero van 232. Brester 393 436 527. Briscoe 308. Brissand 544. Brochard 592. Brouardel 153. Brower Bh. 39. Brown 620. Browning 110. Bruce 276 279. Bruns 130 245 563 649 Bh. 46. Bucelli 409 435. de Buck 530. Baol 290. Buringh Boeckhout 169. Buschan 19 50. Büttner 613.

C.

Cabaunes 110. Cabittes 688.by GOOGLE

Calmann 110. Carter 198. Cassirer 294 402 552. Celesia 283. Channing 540. Charcot 547 624. Charon 435. Christian Bh. 50. Chvostek 103. Clark 626 627. Clemens 529. Colenbrander 12 86. Collins 105, 543. Cohn, M. 99. Cohn, T. 20. Cotard 581. Courtier 224. Cramer 229 586. Crocq 511 634. Crohn 133. Culerre 37. Cunningham 631.

D.

Daman 434. Dannemann 451. Dechterew 125. Dehio 167. Déjérine 250 472 511. Delbrück 585. Dercum 152 410 416. Destot 213. Deventer 62 441. Dexler 264 568. Diller 214. Dogiel Bh. 9. Donnaggio 136 143 653. Donath 555 625. Dornblüth Bh. 3. Dotto 281. Dubbers 541. Dufour 547. Dutil Bh. 21.

E.

Edel 72 443.

Duval 621.

Edgerley 34. Edinger 391. Egger 551. v. Eiselsberg 488. Elias 55. Elliot 425. Ellis 80. Elzholz 491. Emminghaus 198. Epstein 95 102. Erb 11 316 593 Bh. 33 34. Erlenmeyer 639. Escherich 38 97. Eulenburg 17 387 500 563 Bh. 4. Evans 458. Ewald 381 474. Ewing 301. Eykmann 153.

F.

Fajerstain 151. Falk 310. Falkenberg 471 518. Féré 158 589. Ferguson 542. Ferri 269. Ferrier 572. Filehne 641. Finkelstein 30. Fisch 100 195. 393 Flatau 12 496 Bh. 53. 66 125 Flechsig 50 233 385 483. Flemming Bh. 9 14. Flourens 474 580. Forel 125 600. Fournier 233 599 Bh. 36. Francotte 640. Frank 537. v. Frankl Hochwart 211. Fränkel 516 607. Frenkel 221 546 Bb. 38 40 49. Freud 191 395 403. Friedel 212.

Friedmann 201.

G.

Gaikiewicz 236. Gaillard 640. Gatti Bh. 28. Ganser 565. Gasne 411. Gärtner 3. van Gehuchten 255 281 Bh. 9 43. Gerstner 225. Giese 254. Gilbert 599. Gilles 169 393 638. Glorieux 407. Goblot 486. Goldscheider 247 386. 391 Bh. 34. Goldzieher 112. Gonzales 438. Gorodichze Bh. 23. Gowers 236 548 627. Grabower 484 547. Graser 487. Grasset 206 511 Bh. 37. Greef 250. Greidenberg 321 Bh. 8. Grimm 446. Gross 539 636. Grossmann 484 607. Grunert 228. Gudden 135. Gumpertz 248 522. Gutzmann 221.

H.

Habel 503.
Haig 157 450.
Hoyos 419.
Hallervorden 48 179 652.
Hammond 635.
Hatscher 192.
Hauser 98.
Head 523.
Hebold 67 521.
Heilbronner 47.
Digitized by

Heimann 167. Henneberg 402. Henschen 298 Bh. 34 48. Hering 648. Higier 108 146. Hirsch 215 632. Hirschberg 221 518 613. Hirschl 27. Hitzig 74 131 133 605. Hobbouse 439. Hoche 495 604. Hochhaus 390. Hodge Bh. 12. Hoeben 86. Hoffmann 103 385 612 556. v. Holst 615. Holzinger 315 407. Homén 153 195 202 Bh. 6 40. Hoppe 560 663. Hottinger 600. Hürthle 388. Hutchinson 88.

I.

Ilberg 135.

J.

Jaccoud 611. Jacob Bh. 39. Jacobens 303. Jacobsohn Bh. 53. Jacobsou 139 244. Janet 126. Jastrowitz 66. Jatoulay 282. Jelgersma 273. Jentsch 177. Jolly 14 66 104 129 131 147 152 385 519 533 Bh. 40. Jung 431. Juliusburger 378 404 516. Jurmann 175.

K.

Kaes 431. Kohler 112. Kalischer 114 157 413 427 613 651. Kaplan 517. Karplus 593. Kassowitz 97. Katt 10. Kattwinkel 535. Katz 25. Kaufmann 31 209 550. Keay 312. Kellog 222 318. Kenefirk 209. Kirchhof 76. Kljatschkin 606. Klippel 546. Klinke 137 196. Knaner 122. Kölliker 477 565. Kollmann 492. König 24 65 71 403 527 531. Konstantinowski Bh. 4. Köppen 320 520. Korb 409. Korufeld 640. Kornilow 213 Bh. 49. Korsakow Bh. 40. Koschewnikow 150Bh.8. Köster 102 306 529. Kowalewski 234 457. Kraepelin 261 644 654. Krafft Ebing 27 Bh. 29. Krainsky 157 458. Kremnitzer 497. Kretschmann 227. Kretzschmar 41 192. Krewer 160. Krückmann 601. Kühn 559. Kunn 216 220 622 628 629. Kurella 43 80.

L. Ladame 168.

Lachr 525. Laloy 635. Lamy Bb. 16. Lange 490. Langdown 159. Langstein 433. Lapinsky 87. Laurent 42. Layton 445. Lazurski 406. Leegard 14. Lemke 389. Lenhossek Bh. 10 11. Lépine 621 633. Levi 297 598 Bh. 11. Levy-Dorn 21, Lewis 148. Leyden Bh. 31 32. Libotte 634. Liepmann 505. Linke 223 231. Lipps 125. Lloyd 297. Loewald 172. Löwenfeld 57 618. Löwenthal 16 522 553 555 557. Löwy 29 386. Luciani 474 572 578 580. Lugaro 141 136 654 Bh. 9 14. Lührmann 33 309. Luys 600. Luzenberger 304.

M.

Magnan 321.

Mahaim 205.

Maixner Bh. 26.

Manarcsi 141.

Manicatide 92.

Mann, L, 1 12 183.

Marandon 438.

Marfan 417.

Marie 93 387 427 457

497 647 Bh. 3 17

31 51.

Marina 15 187 273. Marinesco 89 141 169 498 500 631 Bh. 10 14 50. Martins 19. Marzacki 438. Masing 538. Masetti 143. Massy 633. Matthes 389. Maupathe 461. Mayer 646. Medin 91. Melassy 606. 199 131 Mendel 71 237 459. Menetrier 236. Meschede Bh. 4 51. Mettler 149. Mever 404. Michel 208. Mies 410. Milanicz 459. Mills 485. Mingazzini 61 447 623. Minor Bh. 24. Mirto 137 138. Misiewicz 267. Möbius 33 121 388 489 594 595 649. Moeli 62 67 134 378 469 516. Moltschanow 206. Monro 114. Morean 155. Morel 442 Bh. 1. Moritz 540. Morton 621. Motschutkowsky 502. Mouflier 159. Muchin 301. Müller 284 636 390 614. Münchheimer 377. Muratow 296 542 Bh. 7 u. 8. Mya 297.

N.
Näcke 34 40 37 375 506.
Nagy 433.
Nasse 37.
Naunyn 461.
Nebelthau Bh. 53.
Neisser, Ch. 230 428.
Neumayer 87.
Nissl Bh. 9 13 15.

O.
Oberdieck 587.
Obersteiner 264 266
478 564 571 646
Bh. 50 45 50.
Oddi 99.

Nonne 161 291 610.

v. Oordt 149. Oppenheim 71 130 552 614 Bh. 31.

Orchansky Bh. 42. Orth 135.

Oettinger Bh. 17.

Onuf 114 620.

Oliver 186.

Ortner 536. Ossipow 254.

P.

Pacetti 549. Pagano 273. Pandi 554. Parinaud 284. Patrick 526. Paulus 290. Pelizaeus 128. Petren 418. Pfister 479. Pfleger 567. Pick 112 212 317 Bh. 50. Pichler 536. Pilez 268 434 567 641. Pineles 107 305 496. Pitres 410 415 Bb. 1. Placzek 551.

Planat 289. '
Pollack 193 247 Bh. 22.
Pooley 534.
Preyer 377.
Pugliese 135.
Pusateri 137 140 281

Qu.

Quincke 502.

R.

Rabbas 224. Raggi 438. Raichline 522 Bh. 39 49. Ramon 274 275 475 Bh. 10. Ranke 271. Rauschburg 418. Redlich 31 264 498 514 644. Régis 420 Bh. 1. Regnier 448. Reinhold 276. 3 13 26 Remak 68 130 243 401. Rezek 566. Richter 379 623. Riggs 47. Robertson Bh. 41. Robson 283. Rodet 591. Roebsoeck 84. Römer 171. Roncoroni 177. Rosenbach 607. Rosenbluth 305. Roser 191. Rosin 23. Rossi 627. Rotmannu 26 285. Rubinstein 191. Rabner 440. Ruge 613. Rumpf 563 564.

8. Sabrazes 110 415. Sachs 38 263 643. Salgo 428. de Sanctis 61. Sänger 336. Sano 19 173 281 511 6u9. Sarbo 103. v. Scarpaletti 480. Schäfer 318. Schäffer 103. Scheck 621. Schiff 473. Schiller 262. Schindler 141 641. Schirmer 603. Schlagenhaufer 564. 266 Schlesinger 93 Bh. 23. Schneller 304. v. Schrenk-Notzing 81. Schröter 471. Schubert 450. Schukowski 252. Schüle Bh. 50. Schultze 529 Bh. 23. Schuster 29 68 69. Schwalbe 36. Schwarz 499. Seegelken 227. Seeligmann 212 632. Séglas 580 Bh. 2. Seiler 297. Semon 607. Senlecq 156. Sergi 126. Shuttleworth 435Bh. 12. Siebenmann 481. Silbermark 151. Silex 631. Simarro Bh. 11. Simerka 207. Simpson 461. Smith 170. Snell 452 653. Sochte 532. Sokolow 252.

Sokulski 252. Soltmann 533. Sommer, R. 451. Sonnenburg 614. Souques 498 623. Souquet 107. Soury 486. Spekl 174. Spiller 410. Spratling 635. Stabel 630. Stadelmann 583. Steele 430. Stefani 449. Sternberg 392. Stewart 308. Stintzing 2 10. Storbeck 94. Strassmann 319. Strauss 492 545. Strümpell 32 288 315 492 593. Sutterland Bh. 52. Symonds 80.

T.

Tavernari 487. Teichmüller 999. Teljatuk 175. Teljatnik 406. Tellegen 441. Tiling 39, 644. Tirelli 272. Thilo 559 648. Tokarski Bb. 4. Thomayer 286 550. Thomas 571. Thomson 628. Thunbear 284. Townsend 307. Toy Bh. 52. Trapesnikow Traugott 32 428. Treitel 292 401. Treupel 416. Tschagowez 251. Tuczek 194. Turner 26.

U.

Unverricht 382.

V.

Vallon 427 Bh. 3 51. Varnali 90. Vassale 142 143 653. Vigoureux 174. Vives 183. Voisin 585. Vorotinski 90. Vorster 32.

W.

Wagner 491 544. Wallichs 440. Weber 107. Wenge 375. Weissmann 181. v. d. Wejde 169. Weir 287. Werner 560. Wernicke 9 75 77 118 Werthein-Salomonson 9. Westermann 169. Westphal 521 527 Bh. 4. Wiglesworth 199. Wilbrand 502. Wilder 140 253. Wildermuth 448 457. Wilms 501. Windscheid 85. Winkler 82 558. Wulff 444.

Z.

Zabludowski Bh. 39.
Zacher 194.
Zambacco 235.
Zappert 570 610.
Zappot 96.
Ziehen 31 78 118 385
538.
Ziehl 205.
Zilgien 94.
Zilgien 94.

Sach-Register.

Bh. verweist auf des Beiheft.

A.

Abasie-Astasie émotive 583. Abducens-Lähmung 187.

Abscessbildung in der Behandlung der Psychosen 434.

Accessorius und Vagus 137. Achillessehnenreflex 147.

Achillodynie 161.

Addison'sche Krankheit 629.

Aetiologie der Psychosen 29.

Agraphie 513.

Akinesia algera 316 447.

Akromegalie 72 500 631.

Albuminurie 324.

Albumosurie 325.

Alexie 264.

Algesimeter 502.

Alcohol und Arbeit 171.

Alcoholismus 155 587, — forensische Bedeutung Bh. 52, — und Hysterie 156, —, Sinnestäuschungen bei, 505.

Alloxurkörper 319.

Alopecie 168.

Altersepilepsie 461.

Amblyopie, monoculare 621.

Amnesie, alcoholische 516, —, associative 238, —, bei Epilepsie 315 316, 627, — nach Erhängen 33,

— nach Vergiftung 30, —, retrograde 315.

Amok 313.

Amvelie 104.

Anankasmus 322.

Anämie und Spinalleiden 299.

Anästhesie 215, —, hysterische 369 558, — des Rumpfes bei Tabes 525.

Andrologie 267.

Aneurysma der arteria basilaris 188.

Anisokorie 220.

Angst, Behandlung der, Bh. 3.

Angstneurose 367.

Austaltsbericht aus Herzberge 469, aus Jamaika 445, — aus Langenhagen 444, — aus Pensylvanien 445.

Anstaltsdirectoren, Verantwortlichkeit der 438.

Anstaltswesen 115 440.

Aortenläsion und Tabes 613.

Aphasie 511, —, amnestische 65, bei linksseitiger Hemiplegie 206, — der Hand 206, —, forensische Seite 538, —, hysterische 243, —, sensorische 205, —, sensorische subcorticale 205, —, Thera-

pie der 221, — und Psychosen 47. Aphonie, hysterische 620.

Apoplexie, Spät-A. 208.

Arbeitsparese 104.

Armlähmung 87, — intrauterin entstanden 551.

Arteriosklerose 150, -, Differential-

Digitized by GOOGLE

diagnose der Bh. 6, —, Ponsherde bei 107, — u. Epilepsie 464.
Arseniklähmung 153.

Arsenikvergiftung, Ganglienzellen bei 569.

Arteria basilaris Aneurysma 188, — Thromhose 536.

Articulationsstörug 289.

Asphyxie, locale s. Raynaud'sche Krankheit 165.

Associationscentren 54 125 280 281. Ataxie 402, frontale und cerebellare Bh. 46, —, Gelenkstörungen Bh. 34, —, Theorie der, Bh. 49, —, Therapie der, Bh. 36, —, spinale 545.

Athetose 467 629.

Atrophie, sklerodermatische 130.

Augenbewegungen, angeborene Defecte der 216.

Augenlider, sensible Nerven 603 Augenmuskeln bei Athetose 629.

Augenmuskellähmung 187 603, — bei Kinderlähmung 403, —, functionelle 549, —, multiple 187, —, recidivirende 188.

Augenmuskelkrämpfe 628.

Augenmuskelnerven, Ursprung der 273.

Augenmuskelstörungen bei Hysterie 622, bei Sklerose 220.

Augenuntersuchung 186.

Auslese, sociale 452.

Automatismus bei Hirnlues 295, —, alcoholistischer 63 ff.

Axencylinder, Anfangsstück des, Bh. 11.

B.

Bäder, electrische 633.

Basalmeningitis, Augenlähmung bei 188.

Basedow'sche Krankheit 387 489 628 636, -- Natur der 449, -, operative Behandlung 282 449 -, Psychosen bei 423, - Therapie 631 634, - Sklerodermie 165.

Beachtungswahn 231.

Beri-Beri 152 153 446.

Bernhardt'sehe Sensibilitätsstörung 304.

Beschäftigungsneurosen 20.

Besessene in Abessynien 315.

Besuche bei Irren in der Anstalt 438.

Bettbehandlung 175 396.

Bettrube Irrer 395.

Bewegungsübungen 559.

Bewusstsein 260, — bei Hysterie 418.

Beziehungswahn 75.

Binoculares Sehen, Erwerbung des 218.

Bleiparalyse 103.

Blutentziehungskuren 450.

Blutuntersuchung bei Deliranten 324.

Brechreiz, nervöser 161.

Brom, psychischer Einfluss 172, —. seine Schicksale im Organismus 385.

Brown-Séquard'sche Lähmung 544, Brücke, Anatomie der 138, — Tumor

541, — Bulbärparalyse 149, —, asthenische 150 151 593.

Bulbürsymptome bei Tabes 547. Bulbus, Thrombose im 106.

C

Caisson-Krankheit 495.

Cauda equina, Blutungen 103, — und Conus, Differentialdiagnose ihrer Leiden 529.

Centrum mellituricum 278.

Chloralhydrat bei Status epilepticus 383.

Cholesteatom 293.

Chorea, Athetose und 467, — Aetiologie der 55, —, gravis 493, — Localisation ihrer Bewegungen 494. Cingulum 483.

Circulare Psychosen, Stoffwechsel bei 318.

Coccygodynie 228.

Comma, Schultze'sches 266.

Conus medullaris 529, —, Blutungen im 146.

Coordinationsübungen hei Tabes Bh. 38.

Cortico-cerebello-spinale Bahn 258.

Corticofugale Fasern 53.
Corticopetale Fasern 52.
Corticospinale Bahn 258.
Criminalstatistik 270.
Criminal- Anthropologie 269 375,
—-Psychologie 34.
Cyclon-Neurosen 595.
Cystfcercus im Hirn 540.

D.

Degeneration der Spinalwurzeln 570, —, moralische 39, —, secundäre spinale 90 143 614. Degenerationslehre 581. Degenerationszeichen 37. Delirium acutum 325. Delirium tremens 324 491. Dementia paralytica 175 342, --, Aetiologie der 27 Bh. 29, - allgemeines Bh. 5, —, bei Frauen Bh. 8, —, Delirium bei 432, —, Frühform der 429, -, Ganglienzellen bei 196, —, Herd-Erscheinungen bei Bh. 7, —, bistologischer Befund bei 103, -, Krämpfe bei 542, -, Ophthalmoplegie bei 549, —, pathologischer fund bei 378, -, Remissionen bei 430, -, Zunahme derselben in England 308. Demenz, acute toxische 30, —, familiare progressive 6, -, terminale bei Paranoia Bh. 52. Demorphinisirung 639. Dermatomyositis 306. Doppeltsehen 218. Dornen, collaterale 274. Douchen Bh. 42. Druckempfindung 611. Dunkelperimeter 502. Dura mater, Nerven der 140. Dyspragie 598. Dyspepsie 597. Dysphrenia hemicranica 623. Dystrophia muscularis progressiva 109, -, Zuckungsformel bei 11.

E.

Eklampsie 492.
Electricität als Heilmittel 183.
Electrodiagnostik 173 522, —, Stand der 1.
Electrolyse 635.

Electrotherapie Bh. 34 634, — der Oblongata Bh. 42, — der Psychosen 435, — der Hirncentren 189, — und Suggestion 189.

Empfindungen, pathologische 317.
Encephalitis chronica Bh. 6, —
hämorrhagische 297, — luetische
499, — und Ophthalmoplegie 187,
— und Paranoia 229.

Encephalopathia saturnina 227. Endarteritis bei Dementia paralytica 199, — nervösen Ursprungs 56. Endbäumchen, Verbindungen der 275. Entartungsreaction 9.

Epilepsie 589, —, Aetiologie der 448, — Begriff der 384, —, Behandlung der 66, —, Eintheilung der 463, —, Genese des Anfalls 385, —, Harnsäure bei 157 458 —, Jackson'sche 529 635, —, Operatiouen bei 225, —, senile 457, — Statistik der Anfälle 626. —, Sitz der 383, —, Therapie der 423 638, —, traumatische 226, — und Alcoholismus 587, — und Trauma 286, —, Ursachen 459, — und Witterung 252.

Erhängen, nervöse Störungen nach 594.

Erhängte, Verhalten belebter 33. Ermudung 261, —, Nervia bei 487, — des Gesichtsfeldes 284.

Erregbarkeit bei Hemiplegie 9, bei peripherer Lähmung 9, —, Nerven- 3.

Erröthen 421. Erythromelalgie 167. Exogene Spinalfasern 481.

F.

Facialislähmung 211.
Familiale Krankheiten 108.
Digitized by

Familialer Nystagmus bei Idiotie 39. Familiendisposition bei Paralyse 28. Familienpflege Irrer 436. Färbemethoden 135 250 273 275 489. Faradimeter 7. Faradischer Strom, Messung des 6. Fasern, markhaltige bei Dem paral. Fieber, sein Einfluss auf Psychosenverlauf 313. Flechsig-Kur 66. Flocculus 279. Formaldehyd 135. Formolhärtung 480. Friedreich'sche Ataxie 402. Frontallappen, Abscess im 293, -, Faserziige des 252, -, Function der 236, -, Projectionsfasern des 280. G. Gallobromol 433. Galvanometer 3. Ganglienzellen, Dynamismus der 275,

-, Histologie der 569, -, Pigmentirung der 265, -, Structur der 86, -, Zwillings. 250. Ganglion cervicale 212. Ganglion ciliare 188 604. Ganglion petrosum bei Tabes 546. Gedächtniss, musikalisches 247, —, Physiologie des 170. Gefangenschaft, Psychosen in der 35. Gefässcentrum, bulbäres 277. Gefühl, Psychologie des 339. Gehirn (s. Hirn). Geisteskranke, Behandlung unruhiger 436, —, Pflege der 371. Geisteskrankheiten (s. Psychosen). Genie 191. Genitalien, rudimentäre und Hysterie 519. Geschlechtsgefühl, contrares 80. Geschlechtsvererbung 179. Geschmacksempfindung bei Rhachitis 102. Gesichtsatrophie 166. Gesichtshallucinationen 32.

Gesichtsfeld und Körperhaltung 114,

—-Messung 502.
Gesichtsmuskeln, angeborene Defecte
der 216.
Glottiskrampf 100.
Glykosurie 492.
Granulatiousgeschwüre 404.
Grenzschicht, seitliche im Rückenmark 276.
Grössenideen bei Paranoia Bh. 52.
Gymnasialreform 192.
Gynäkomastie 43.

H.

Halbseitenlähmung 148 183 544. Hallucinationen 581, -, acustische 506, —, bei Augenoperationen 29, -, isolirte 32, -, künstliches Hervorrufen derselben bei Alcoholisten 31 310, - bei Menièrescher Krankheit 209, —, Ohr. befund bei 31. Hämarthrus bei Tabes 547. Hämatom der Dura 108. Hämatomyelie 24 144 146 530. Hamlet 191. Harnsäureausscheidung bei Epilepsie Haut, trophische Störungen der 110. Hautaffection, syphilitische bei Tabes Hautnerven bei Tabes 247. Hebephrenie Bh. 50. Hemianästhesie 149. Hemianopsie Bh. 47, — u. Alexie 264. Hemianopsia bitemporalis 112. Hemiatrophia facialis 625. Hemiatrophie der Zunge 266. Hemicrania ophthalmica 121. Hemiplegie, Aphasie bei linksseitiger 207, — bei Syphilis 235, —, frühzeitige 235, -, gleichseitige 107 536, - Lähmungsformen bei 258, —, Larynxlähmung bei 207, —, Muskelzuckungen bei 12, —, Rindenzellen bei 281, -, spinale 183, — und Muskelatrophien 208 und Tabes 537, -, Theorie der 257.

Hemispasmus glossolabialis 527. Heredität Bh. 42, — bei Irren 26. Hermaphrodismus 43, —, psychischer 44.

Herpes zoster und Facialislähmung 305, — und Tabes 527.

Herzfehler, Psychosen bei 34.

Herzklopfen 163.

Herzleiden bei Vagusläsion 55.

Hinterstränge bei Tabes 615 f., - tei Syringomyelie 266.

Hintere Wurzeln, Degeneration nach Trennung der 481.

Hirnabscess 539, — bei Nasen Erkrankung 293, —, otogener 228, —, ototischer 292.

Hirnchirurgie 228 291 465 529 Bh. 44, —, Misserfolge Bh. 45.

Hirndruck 87.

Hirnerschütterung, pathologischer Befund bei 265.

Hirngefässe bei Dem. paral. 200. Hirngeschwulst (s. Hirntumor).

Hirngewicht bei Kindern 479.

H:rnhemisphären, Projectionsfasern der 280.

Hirnkrankheiten, infantile 520.

Hirnnervenlähmung, multiple 212. Hirnrinde, Extremitätenzone der 382,

-, pathologische Histologie 87. Hirnschenkelfuss 140.

Hirnsyphilis 234 395 (s. auch Lues), Hirntumor 309 402 482 540 566,

-, Chirurgie Bh. 44 529, -, Hallucinationen bei 517, - Localisation Bh. 46, -, Papille bei 529.

Hirnnerven bei Kinderlähmung. Höhlenbildung, spinale, traumatische Bh. 24.

Homosexualität 80.

Hörbahn 483, —, centrale 481, —, Kreuzung 433.

Hörleitung, centrale 83.

Husten, nervöser 621.

Hygiene der Arbeit 261.

Hyperalgesie-Behandlung 391. Hyperhydrose 163.

Hypnose 359, -, Tod in 420.

Hypnotismue 585, — forensische Bedeutung Bh. 26, in der Therapie Bh. 27.

Hypotonie 545 546.

Hysterie: bei Erhängten 33, im Kindes alter 554 649, und Kohabitation 519, Neurasthenie 362, Schwangerschaft 415, traumatische 533.

Amnesie bei Hysterie 316, Aphasie 243, Aphonie 620, Verhalten der Augenmuskeln 161 622, Diagnose der 69, Formen 615, Kehlkopfstörungen bei 416, Monoplegie 416, Nystagmus 110, Oesophaguslähmung 620, psychischer Zustand bei 368, Würgreflex 535

I.

Ichthyose 598, — u. Dyspragie 598. Ideenassociation 288.

Idiotie 268, —, Behandlung der 435, —, Beziehungen zur Kinderlähmung 404, —, Casuistik der 38, Mitbewegungen bei 532, — Spiegelschrift bei 533.

Imbecillität, Unterricht bei 651.

Inductions schläge, einzelne 13.

Initialdelirien 311.

Innere Kapsel, Tumor der 244. Insel, Semiotis der 289 538.

Interferenz 179.

Inversion, sexuelle 80.

Irradiation b. Zwangszuständen Bh. 3. Irre im Orient 314, — in Abessinien 315.

Irrenarzte, ihre Stellung 663, — ihre Carriere 115.

Irrenfursorge 116, — in Baden 654. Irrengesetz in Colorado 439.

Irrenpflege 371 471 653, —, Ge schichte der 452, —, kirchliche 451 Irrenseelsorge 451.

Irrenwesen 41 (s. auch Austalten). Irrthum, Psychologie des 592. Jugendschutz 466.

K.

Kapillaren im Hirn 87. Kapsel, äussere 282. Karakter, Psychologie des 40. Kastration und Psychose 307. Katalepsie 95 102. Katarakt, Hallucinationen bei 32. Katatonie Bb. 50. Kehlkopflähmung 606. Kernschwund, infantiler 217. Kieferdeformitäten 37. Kinderirresein 427. Kinderlähmung 91 355 531, cerebrale, Formen 403, nach Thalamusläsion 537, bulbare Symptome bei 92. Kinderlähmung, spinale 21 355 409. Kleinhirn 472 571, spinale Verbindungen 407, -- läsion, Reflexe bei 556, —-stiel, oberer 139, —-wurm 406. Kneipp'sches Verfahren 368. Kniehöcker, Symptome Bh. 48. Kollateralen, spinale 89. Kompensationstberapie 221. Kontraktur, hysterische 257 623. Kopfschmerz, Therapie 640. Koro 232. Körperfühlsphäre 77. Kost in Irrenanstalten 371. Krampfcentrum 485. Krämpfe bei Dem. paralytica 542, hysterische 33. Kraniektomie 435. Krankenpflege, hysterische 619, Irrer (s. Irrenpflege.) Kretinismus 386. Kriminal-Anthropologie 375, -- Psychologie 34. Kriminalität 329. Kropf bei Morbus Basedowii 232.

L.

Labyrinth, Affectionen 209, Functionen 381.
Lageempfindung 495.
Lähmung, spastische 255, —, paroxysmale 109.
Lähmungstypus bei Hemiplegie 184.

Landry'sche Lähmung 301 305. Laryngospasmus 97. Laryngoparalyse bei Hemiplegie 207. Latah 313 Leidenschaftsverbrecher 333. Leitungsbahnen 83. Leitungswiderstand 4 17 173 387, faradischer 6. Lepra 92, -, Diagnose 526, -, Psychosen bei Bh. 51. Leptomeningitis 200. Leukämie, Myelitis bei 610. Little'sche Krankheit 255 296 297 467, — und Spinalparalyse 300. Localisation der Empfindungen 50 f., im Gehirn 76. Locomotion, Centrum der 485. Loewenthal'scher Strang 90. Lues (s. Syphilis). Lumbalmark, Localisation im 609. Lumbalpunction 227 501.

M.

Maladie des tics 398. Malayen, Psychosen der 313. Manie 45 346, — oach Kastration 307, —, periodische 325. Marchi'sche Methode 265. Masturbation 635. Mechanismus der Reflexe Bh. 43. Melancholie 46 57 345, —, Delir der Bh. 51. Mediastinaltumor 212. Medulla oblongata, feinere Anatomie der 475, —, Compression der 33. Menière'sche Krankheit 209 305 638. Meningitis serosa 227 289, —, spinale luetische 412, — tuberculosa 290. Meningomyelitis 499. Meralgia 114, — parästhetica 215 304. Metamerie bei Crustaceen 283. Methylenblaufärbung 250 275. Migräne, ophthalmische 121 623 624, —, Sectionsbefund bei 111 —, Therapie der 222, — und Epilepsie 590, — und Psychosen 309. Mikrocephalie 521. Digitized by Google Missbildungeu bei Augenmuskel-Defecten 219.

Mitbewegungen 26 552, — bei Aphasie 68, — bei Idioten 24.

Mitempfindungen 317.

Monoplegia brachialis 542 551.

Moral Insanity 40 330.

Mord, Psychologie des 336.

Morphinismus 156 591 640.

Morvan'sche Krankheit 92.

Motorische Störungen bei Irren 318.

Mudigkeit 261.

Muskelatrophie 214 519. — arthro-

Muskelatrophie 214 519, —, arthropathische 258, — bei Hemiplegie 208, — bei Tabes 612, —, Formen der Bh. 50, — und Psychosen 516, —, neurale 551, —, neurotische 552, — progressive 612, —, traumatische 530, —, Therapie der 633.

Muskeldefecte, angeborene 216,

Mnskelstrom 251.

Muskeltonus 259 373.

Myasthenie 152.

Myasthenische Reaction 14.

Myelitis 303 390 356, acuta 611,
acute infectiöse 90, — bei Leukämie 610, —, Compressions- 264,
— und Sklerose 298, — trans-

versa 610. Myoklonie 528, — u. Epilepsie 385. Myositis 213.

Myotonie 104 128, —, Behandlung der 306, — und Tetanie 307. Myotonische Reaction 14.

Myxödem 386 488, — u. Tetanie 105.

N.

Nägel, trophische Störungen 166.

Nervencentren, Chirurgie der 465.

Nervenkrankheiten im Kindesalter 264.

Nervenleitung, Geschwindigkeit 627,

Nervenplastik, operative 283.

Nervensyphilis, frühzeitige 295.

Nervenzellen, allgemeine Pathologie der 15, — bei Tabes 141, —,

chromatische Substanz der 136, — der Oliven 137, —, experimentelle Läsion der 21, —, functionelle Veränderungen der Bh. 12, Kern Bh. 11, Pathologie Bh. 18 ff., Pigmentirung 265, Protoplasmanetz 136, Structur der Bh. 9, Veränderungen nach Läsion des Axencylinders Bh. 12.

Nervosität 595.

Nervus accessorius 137, —, Kern 254.

- acusticus 477, und Flocculus 279.
- cochlearis, centraler Verlauf 481.
- cruralis, Lähmung bei Tabes 547.
 cutaneus externus, Parästhesien im 215.
- facialis, Lähmung und Herpes zoster 305.
- oculomotorius, Grosshirnverbindungen 274, Kern 112, Lähmung des 606, Wurzelgebiet 601.
- opticus, Atrophie 531 565, Bahn des 564, Faserverlauf 569, Kreuzung 565.
- radialis, Drucklähmung 522.
- recurrens, Lähmung des 607.
- trigeminus, Chirurgie des 636, —,
 Lähmung 548, —, Neuralgie,
 Therapie der 563.
- ulnaris, Drucklähmung 213.
- vagus 137, Ursprung 476, Läsionen 55, Neurosen 162.
- vestibularis, Ursprung 476.

Neuralgie des Penis 215.

Neurasthenie 364 560 596, objective Zeichen 363, Pathologie 360, und Prostatitis 600, und Syphilis 598.

Neuritis multiplex 644, optica bei Otitis 534, optica bei Hirntumor 539, rheumatica multiplex 550, und Beri-Beri 446, und Sklerose 298.

Neuroglia bei Dem. paral. 198, des Rückenmarks 254.

Neurokeratin 272.

Neurom des Rückenmarks 266.

Neuronen, Krankheiten der primaren 356.

Neuron-Theorie 391-

Neuropathologie und Gynäkologie 82.
Neurosen, Diagnose der 557, traumatische 534.
Neurotonische Reaction 15.
Nierenleiden 29, und Raynaud'sche Krankheit 164.
Nyktalopie 503.
Nystagmus bei Hysterie 110.

0.

Oblongata, Tumor 541.
Oculomotoriuskern, Structur 112.
Oedeme bleu 163.
Oesophaguslähmung 620.
Ohrformen, Untersuchung der 36.
Ophthalmoplegie 111, —, asthenische 593.
Opiumbrom-Behandlung 223.
Organempfindung 51.
Organotherapie 389 632.
Organsafttherapie 631.
Osteo - arthropathie hypertrophiante 169.
Ostitis deformans 169.
Otitis media, Stauungspapille bei 534.
Ozaena 635.

P.

Paderastie 268. Palästina, Geisteskranke in 314. Paraldehyd 434, — in der Histologie Paralyse, alcoholische 644, —, asthenische 151. Paralysis agitans 640, progressive: s. Dem. paralytica. Paramyoclonus multiplex 16). Paranoia, anatomischer Befund bei 229, —, Genese der 177, persecutoria Bh. 52, Schwachsinn 428. Paraplegie 147, — bei Caisson-Arbeitern 496, -, hysterische 417. Paraspasmus cerebralis 403. Parese, pseudospastische 620. Parietalfurche 140. Paroccipital furche Pellotin 483 434.

Personenkunde 339. Perversität des Characters 39. Pharmakotherapie 465. Pigmentirung der Nervenzellen 265. Plantarphänomen 522. Polyneuritis 153 305, -. Differentialdiagnose Bh. 6, - psychische Störungen bei Bh. 40, - und Policencephalitis 91. Poliomyelitis acuta 407, — anterior 22 111. Pons, Blutungen im 105. Porencephalie 87 567. Posticuslähmung 484. Projectionscentren 281. Prostitution 77 577. Pseudobulbärparalyse 552 296. Pseudoneurasthenie 366. Pseudoparalyse, alcoholische Bh. 6. Pseudoparaplegie 102. Psychiatrie, forensische 370, —, Laienurtheile über 192, —. Lehrbuch Kraepelin's 340, -, Ziele der 374. Psychiatrische Klinik in Giessen 437. Psychische Anomalien 431. Psychohygiene 48. Psychologie, physiologische 78. Psychopathologie, gerichtl., Lebrbuch 585. Psychosen bei Hirntumor 309, bei Lepra Bh. 51, — bei Polyneuritis 422, -, Eintheilung 341, - Gefangener 35, - in Folge von Circulationsstörungen 34, -, nach Diphtherie 559, — nach Kataraktoperationen 29, -, örtliche Grundlagen 76, —, polyneuritische Bh. 40, -, Therapie der durch Suppuration 435, und Migrane 309, — und Seitenstrangerkrankung 373. Psychotherapie 359 593, Bh. 28. Ptosis, amyotrophische 637. Pubertätsirresein 425. Puerperalpsychosen 369. Pulsform 282. Pupille, Centrum der 188, Junery vation der 85, —, Semiotik 186. Pyramiden 641, —, Degeneration der 25 641. Pyramidenbahn bei Dem. paral. 378, — bei spastischer Lähmung 256.

Q.

Querulanten wahnsinn 74, 320.

R.

Rathlosigkeit 231. Raumvorstellungen 643. Rautengrube, Verletzung der 278. Raynaud'sche Krankheit 110 **164** 165 **1**66. Reactiouszeit 171. Reflexsteigerung Bh. 44. Reflexe bei Querschnittläsionen 503, —, corticale 554. Regio subthalamica 138. Reize der Neuronen 391. Respirationsstörung b. Ponsläsion 536. Retina, Bau der 250, -, Zellen der 603. Revision der Anstalten 440. Rhachitis 95, — nervöse Erscheinungen bei 96. Rindenblindheit 486. Rindencentren, motorische 485. Rindenzellen, Degeneration in 88. Röntgenstrahlenuntersuchung (siehe Skiagraphie.) Rückenmark Amputirter 496, Anthropologie des 271, Hämorrhagie 147, luetische Leiden 149, Querschnittläsionen 503, relatives Gewicht 271, Spinalleiden bei Diabetes Stichverletzung 147, Tuberculose 614, Tumor des 93, und Toxine 153, unteres Ende 529, Veränderung nach Strumectomie 143. Rückenmarksbahnen, Lagerung der

386, -erschütterung 265, -häute,

Blutungen der 144, -compression

548, -leiden bei perniciöser Anä-

mie 299, -neurom 266, -syphilis

187 544, -tumor 93 543.

Sacralmark bei Tabes 496. Schädelanomalien 37. Schilddrüse, Bedeutung der 487, -Secretion der 389. Schilddrüsentherapie 190. Schläfenlappen, Abscess 530. Schlafmittel im Alterthum 433. Schleife 406, -, Verlauf und Verbindungen 85. Schlinglähmung 149. Schluckcentrum 253. Schmerz, Freude am 323, -, sympathetischer 114. Schmerzanfälle bei uratischer Diathese 490. Schmerzleitung 215 f., -, Verspätung der 410. Schmierkur bei Tabes 557. Schwachsinn 310, moralischer 40, und Paranoia 428. Schwefelkohlenstoffvergiftung 157. Schwindel 558. Schwitzbäder bei Epilepsie 638. Sehbahnen 84. Sehen, binoculares 284 568. Sehhügel 483, -blutung 537. Sehnerven, Associationsfasern 273. Sehnervenkreuzung 139 175. Seitenstränge, innere Bahn der 276. Seitenstrangerscheinungen 373. Selbstmord bei Dem. paral. 432. Selbstverstümmelung Irrer 518. Selbstverwundung Irrer 323. Sensation, excentrische 249. Sensibilität bei visceralen Leiden 523, - und Motilität Bh. 48. Sensible Nervenelemente, Entwicklung der 299. Sensomotorische Centren 254. Simultansehen 284. Singultus 634. Sinnestäuschungen, provocirte 506 (s. Hallucinationen). S.nusthrombose 291. Sklerodaktylie 110 165. Sklerodermie 130 166. Digitized by GOOGLE

S.

Sacralbundel, dorsomediales 496.

Sklerose, multiple nach Diphtherie 298, —, multiple u. Trauma 131. Skiagraphie 21 72 253 500 Bh. 48. Somnambulismus 618. Spastische infantile Lähmung 610, -, Spinalerscheinungen 258 373. Spätapoplexie 208. Spätepilepsie 461. Spinalepilepsie 527. Spinalganglien bei Tabes Bh. 31 497, —, Zellen der Bb. 10. Spinallähmung, infantile 355. Spinalparalyse, luetische 148, —, spastische 300, spastische, toxische Spinalmeningitis 303. Spinnenzellen bei Paralyse 201. Spondylitis 314 614. Spontane Gangran 55. Sprachstörung bei Inselläsion 538. Stammeln 558. Status epilepticus 383, —, lymphaticus 38. Stauungspapille 604, —, Genese der 246, --- , Pathogenese der 601, -, Verschwinden der 246. Stimmcentrum 484. Stoffwechsel bei Basedow'scher Krankheit 389, - bei circulären Psychosen 318, — bei Myxödem 387. Stottera 289. Strafrecht u. sociale Auslese 453. Strumektomie 143. Stundenplau 262. Stupor, manischer 347. Substantia nigra 138. Substitution, musculäre 550. Suggestion 191, — bei Irren 585. Suggestionstherapie 191 Bh. 28. Suspensionsbehandlung 556. 212, Sympathicusaffection -durchschneidung **282**, -ganglien 85, neurosen 163. Symptome der Neurosen 557. Symptomatik der Psychosen 353.

Syphilis 148, —, cerebrospinale 294,

- des Nervensystems, frühzeitige

233, hereditäre 42, u. Dem. paral. 27 430 Bh. 29, spinale 148 187 411 544, und Tabes Bh. 30. Syringomyelie 92 372 409 410 647 Bh. 23, — bei Zinkeinwirkuug 410, —. bulbäre 605, —, Hinterstränge bei 266, —, Thoraxform bei 94, — und Lepra 525.

T. Tabes, Ausgangspunkt der 548, —,

Bulbarsymptome bei 547, --, Geruch und Geschmack bei, 546, —, Hautnerven bei 248, -, Hautveränderungen bei 613, -, Hirnrinde bei 196, —, Hypotonie 546, —, Muskelatrophie hei 612, —, Pathogenese Bh. 30 32, -. Pathologie 294 645, —, Sakralmark 496, —, Spinalganglien bei 497, —, Symptomatologie 613, -, Therapie der 221 563 Bb. 34 37, — u. Hemiplegie 537, — u. hereditäre Lues 70 f., — u. Herpes zoster 527, — u. Hysterie 183, — u. Spinalmeningitis 499, — u. Syphilis 94, — u. Trauma 131, — u. hintere -, Zellen Wurzeln 266, Clarke'schen Säulen bei 141. Tastlähmung 541. Taubheit, einseitige 209. Testikel 307. Tetanie 96 102 103 105, —, Augenmuskelu bei 628, - bei Kindern 413, -- u. Lymphatismus 38. Tetanus, Nervenzellen unter T.-Gift Bh. 20, -Toxin 386. Thalamus, Tumor des 540. Therapie der Psychosen 468. Thomson'sche Krankheit 104. Thorax 647, -deformitäten 93. Thrombose, Sinus. 291. Thymus 38. Thyreojodin 190 390. Thyroidtherapie 190 489 630. Thierpsychologie 287. Tic général 393. Toxine 153, — und Tetanie 103. Traum, Theorie des 286.

Trauma, ätiologische Bedeutung 131,
—, Meningitis nach 290.

Träume, Gedächtniss für 486.

Träumerei, pathologische 317.

Tremor 558, — als Gewerbekrankheit 94, — bei Hysterie 533.

Tremoranfall 589.

Trigeminusneuralgie bei uratischer Diathese 490,

Trophik 329.

Tuberkel des Rückenmarks 93.

Türck'sches Bündel 139.

Typhus, Initialdelir bei 311.

U.

Uebungstherapie 648 Bh. 39. Ulnaralgesie 249. Unfall-Leiden, organische 562. Uratische Diathese 490.

V.

Vagusneurosen 162.

Vasomotorisches Centrum der Oblongata 276, —, Innervation bei Epilepsie 384, —, Leitungsbahnen 279.

Vasomotoren des Hirns 571.

Verbigeration 312.

Verblödungsprocess 344.

Verbrechen als sociale Erscheinung 269.

Verbrecher, geborener 330.

Vererbung bei Psychosen 26 308.

Vergesslichkeit 310.

Vergiftung, Nervenzellen bei 141.

Verrücktheit 75, —, acute 321. Verstimmung, constitutionelle 342. Verwirrtheit 426 580. Vierhügeltumor 482. Viscerale Leiden, Sensibilität bei 523. Völkerpsychologie 467.

W.

Wahnideen, Genese der 32. Wahnsinn 345. Waller'sches Gesetz 496. Wärme- und Kälteempfindung 284. Wärterunterricht 441 442 471 (siehe auch Irrenpflege). Wartpersonal Bh. 52 442. Weber'scher Symptomencomplex 107. Wiederholung und Gedächtniss 170. Willensfreiheit 279. Wirbelsäule, Fractur 614. Wortblindheit 514. Wortgedächtniss 288. Worttaubheit 54 205. Würgreflex 535. Wurzeln, hintere, spinale b. Tabes 266.

7.

Zellen, Ersatz der Irreu- 399.

Zuckung, träge 11 16, —, contralaterale 104.

Zunge. Hemiatrophie 150.

Zwangshandeln 323.

Zwangslachen 175.

Zwangsvorstellungen 57 232 322 428 553.

Zwangszustände 367 Bh. 2, —, Behandlung der Bh. 3.

CENTRALBLATT

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

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

XX. Jahrgang.

1897 Januar.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Electrodiagnostik.

Akademische Antrittsvorlesung, gehalten am 28. October 1896 in der Universität zu Breslau von Dr. LUDWIG MANN, Privatdocent.

M. H.! Die physikalische Technik hat in dem letzten Jahrzehnt ausserordentlich viel dafür gethan, unser electrodiagnostisches Instrumentarium zu verbessern und zu vervollkommnen und damit den Klinikern die Mittel zu einem immer weiteren Ausbau der electrodiagnostischen Methoden an die Hand gegeben. Und in der That sind diese verbesserten Untersuchungsmittel, wie ein Blick auf die reichhaltige electrodiagnostische Litteratur der letzten Jahre zeigt, von Seiten der Kliniker in ausgiebiger Weise dazu verwendet worden, den Kreis der diagnostischen Verwendbarkeit der Electricität immer mehr zu erweitern.

Wenn ich daher im Folgenden einen Ueberblick über die in den letzten Jahren erreichten Fortschritte der Electrodiagnostik geben will, so wäre es eigentlich von Wichtigkeit und Interesse, zunächst die technischen Verbesserungen, welche an unserem Instrumentarium vorgenommen worden sind, eingehend zu schildern.

Jedoch muss ich wegen des für den Rahmen einer Vorlesung überreichlichen Stoffes hierauf verzichten und mich ausschliesslich auf die klinische Seite des Themas beschränken.

Aber auch unter dieser Beschränkung, unter Verzicht also auf die Besprechung der bedeutenden physikalisch-technischen Fortschritte wird eine erschöpfende und vollständige Behandlung des Themas mit Berücksichtigung sämmtlicher specieller klinischen Arbeiten nicht möglich sein. Ich werde Digitized by GOOGIC

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Januar-Heft 1897.

daher nur das wichtigste hervorheben und von allgemeinen Gesichtspunkten aus einen Ueberblick darüber zu geben versuchen, in wie weit die Arbeiten der letzten Jahre die Brauchbarkeit der electrischen Untersuchungsmethoden gefördert haben, wie weit wir sie gegenwärtig als exact und zuverlässig ansehen können, und was sie uns für die Diagnostik leisten.

Betrachten wir zunächst, wie weit unsere Methoden gegenwärtig im Stande sind, exacte quantitative Bestimmungen der normalen Nervenund Muskelerregbarkeit am lebenden Menschen zu liefern und pathologische, quantitative Abweichungen von der Norm zu erkennen.

Seitdem wir durch die Einführung des absoluten Galvanometers in die Lage gekommen sind, ein absolutes, ganz allgemein gültiges Maass für die Stärke des galvanischen Stromes zu besitzen und seitdem diese Galvanometer immer feiner construirt worden sind, musste es als ein leicht erreichbares Ziel erscheinen, für jeden einzelnen Nerven ein bestimmtes Normalmaass der Erregbarkeit aufzustellen, wenn man nur immer dieselbe Electrodengrösse, also eine sogenannte "Normalelectrode" verwendet.

In der That sind wir ja durch Anwendung des absoluten Galvanometers von der unvermeidlichen Inconstanz der Elemente und von der so ausserordentlich variablen Grösse des Leitungswiderstandes völlig unabhängig geworden, indem wir am Galvanometer direct die Stromesintensität, also den Quotienten aus der jeweilig vorhandenen electromotorischen Kraft und dem vorhandenen Widerstande ablesen, aber es existiren doch noch immer eine ganze Menge von Umständen, welche die Resultate der quantitativen Erregbarkeitsbestimmung von einer wirklichen Exactheit noch weit entfernt bleiben 'lassen.

Jeder, der häufig derartige Untersuchungen macht, weiss genau, wie grosse Differenzen man auch bei der genauesten gelvanometrischen Erregbarkeitsuntersuchung an demselben Nerven verschiedener Menschen und sogar an zwei symmetrischen Nerven desselben Menschen findet und auch die mit grosser Sorgfalt aufgestellten Normaltabellen von Stintzing*) zeigen dies. Wenn es diesem Untersucher auch gelang, die Erregbarkeit der einzelnen Nerven in einer ungefähren Breite zu begrenzen, so sind die Differenzen, die er bei den verschiedenen Individuen fand, doch immer noch sehr gross. ja er stiess sogar nicht selten auf so erhebliche Abweichungen, dass er sie als "Extremwerthe" aus seiner Berechnung ausschalten musste, um einigermassen brauchbare Durchschnittswerthe zu erhalten.

Woher kommen nun diese Schwenkungen im Resultat der quantitativen Untersuchung?

Zunächst ist wohl anzunehmen, dass die Erregbarkeit der peripheren Nerven bei verschiedenen Menschen in der That erhebliche individuelle Verschiedenheiten zeigt. Diese individuellen Schwankungen mögen wohl hauptsächlich von der Constitution, dem Ernährungszustand, dem Alter u. dergl. abhängen.

Wir wissen über diese individuellen Einflüsse wenig oder gar nichts, höchstens wären die Untersuchungen Westphal's**) hier zu erwähnen,

^{*)} Ueber electrodiagnostische Grenzwerthe. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, Pd. 59, 1885. **) Arch. f. Psych. 1894.

welcher nachwies, dass bei Neugeborenen die Erregbarkeit sehr viel geringer ist wie bei Erwachsenen.

Wenn man ferner bedenkt, dass, wie ich selbst*) gezeigt babe, durch regelmässiges, tägliches Faradisiren die Erregbarkeit eines Nerven gesteigert werden kann, so leuchtet ein, dass die Erregbarkeit eines Nerven durchaus keine constante, sondern eine leicht beeinflussbare Grösse ist. Wir werden also annehmen können, dass allerhand individuelle Einflüsse auf die Erregbarkeit der Nerven bestimmend einwirken und werden somit die bei der Untersuchung verschiedener Individuen gefundenen Differenzen der Reizwerthe zu einem Theil wirklich als Ausdruck einer individuell verschiedenen Erregbarkeit anschen können.

Aber sicher nur zu einem Theil! Zum anderen Theil kommen hier Fehlerquellen in Betracht, welche unseren Untersuchungsmethoden anhaften und welche sich auch bei sorgfältigster Untersuchung nicht ganz eliminiren lassen. Solche allbekannte Fehlerquellen sind vor allem: die oft unvermeidliche Verschiebung der Electrode, resp. der Haut mit der Electrode von dem erregbarsten Punkte, ferner die Modification der Erregbarkeit durch den Strom, die Veränderungen des Leitungswiderstandes, die sich in Folge der Einwirkung des Stromes in der Zeit zwischen der Beobachtung der Minimalzuckung und der Ablesung des Nadelausschlages am Galvanometer vollziehen und dergleichen mehr.

Letzterer Fehler wird schon durch die Anwendung eines gut "gedämpften" Galvanometers", also eines solchen, bei welchem die Nadel sehr rasch zum Stillstand kommt und daher eine schnelle Ablesung gestattet**), einigermassen verringert. Ausserdem hat man aber auch einige Verbesserungen der Untersuchungsmethoden vorgeschlagen, welche diese Fehlerquelle auf ein möglichst geringes Muass reduciren sollen. Vor allem ist in dieser Beziehung die Methode von Gärtner ***) recht beachtenswerth, welcher, um die durch den Strom verursachte Widerstandsverminderung zu vermeiden, nur ganz kurze Stromschlüsse (von 1/4 Secunde Dauer) verwendet. Diese Methode hat sich aber, da sie das Instrumentarium etwas complicirt (es gehört ein Pendelschlüssel und ein besonders empfindliches Galvanometer dazu) picht recht eingebürgert.

Einfacher, weil mit dem gewöhnlichen Instrumentarium ausführbar, ist die Methode von Remakt), welcher empfiehlt, mit vorher abgemessenen Stromstärken zu untersuchen.

Er verfährt so, dass er vermittelst des Rheostaten eine bestimmte Stromstärke im Stromkreise herstellt, z. B. 0,5 M. A. und dann durch kurze Schliessungen prüft, ob eine Zuckung auftritt. Ist dies nicht der Fall, so steigert er jetzt den Strom in gleichmässigen Stufen, etwa 1,0-1,5-2,0 u. s. w. und untersucht jedesmal wieder auf das Auftreten einer Zuckung. Tritt nun die Zuckung auf, so braucht er gar nicht mehr

^{*)} Ueber Veränderungen der Erregbarkeit durch den faradischen Strom. D. Arch. f. klin. Medicin, Bd. 51, 1893.

**) Dies leisten ganz besonders die Hirschmann'schen "aperiodischen Hori-

zontal-Galvanometer mis schwig mendem Anker".

^{**)} Wiener medicin. Jahrbücher 1886.

^{†)} Neurolog. Centralblatt 1886, pg. 295.

die Stromstärke abzulesen, denn sie ist schon vorher festgestellt, und darin liegt der Vortheil der Methode, denn es wird auf diese Weise die sonst in der Zeit zwischen Beobachtung der Zuckung und Ablesung am Galvanometer vor sich gehende Widerstandsverminderung vermieden.

In der That ist diese Methode als die relativ beste sehr zu empfehlen, aber eine ideale ist sie noch durchaus nicht, denn erstens vermag sie die Modification der Erregbarkeit nicht zu eliminiren und zweitens werden auch die Veränderungen des L. W., wenn auch sehr beschränkt, so doch nicht ganz vermieden werden, da ein geringer Einfluss auf den Widerstand doch sieher auch den kurzen Stromschliessungen zukommt.

Mag dieser Fehler durch die angegebene Methode aber auch ganz wesentlich reducirt werden, so haftet ihr, wie jeder anderen Methode, noch ein ganz bedeutender Fehler an, welcher im Allgemeinen viel zu wenig beachtet wird, nämlich der Einfluss, welchen die Verschiedenheit der Hautbedeckung ther den gereizten Nervenstämmen auf das Untersuchungsresultat ausübt.

Der verschiedenartige Wider stand der verschiedenen Hautstellen kommt zwar bei Anwendung des Galvanometers nicht in Betracht, aber ein anderer Factor ist hier von sehr wesentlichem Einfluss, nämlich die Dicke der von Haut und subcutanem Bindegewebe gebildeten, über den gereizten Nerven liegenden Schicht.

Bekanntlich breitet sich der Strom unmittelbar nachdem er aus der Electrode in den Körper eingetreten ist, in weitverzweigten Stromschleifen aus und wird daher, je weiter er in die Tiefe dringt, immer weniger dicht. Da aber von der Dichtigkeit die physiologische Wirksamkeit eines Stromes abhängt, so wird ein tief unter der Haut gelegener Nerv scheinbar schwerer erregbar sein, wie ein oberflächlich gelagerter; denn er wird erst bei stärkerem Strom von der zur Erregung nöthigen Stromdichte getroffen werden.

Es zeigt sich dies z. B. sehr deutlich, wenn man an ödematösen Hautstellen untersucht. Hier braucht man immer eine ganz besonders hohe Stromintensität, um eine Zuckung zu erzielen, sicherlich deshalb, weil der gereizte Nerv von der Oberfläche durch eine dicke wasserdurchtränkte Schicht getrennt ist, in welcher der Strom gute Leitungsbedingungen findet und sich daher schon in weitverzweigten Stromschleifen ausbreitet, ehe er zu dem Nervenstamme gelangt.

Da nun die Dicke der Hautbedeckung bei den verschiedenen Menschen doch ganz ausserordentlich verschieden ist, so werden sich schon hieraus ganz wesentliche Differenzen der zur Erregung eines bestimmten Nerven bei verschiedenen Menschen nöthigen Stromstärke erklären.

Ja, es will mir sogar scheinen, dass die Erregbarkeitsdifferenzen, welche verschiedene Nerven an demselben Menschen (und zwar bei allen Menschen in dem gleichen Sinne) darbieten, ganz wesentlich durch diesen Factor beeinflusst sind. Man kann wenigstens auf diese Vermuthung leicht kommen, wenn man die Stintzing'schen Erregbarkeitstabellen betrachtet, in welchen man unter den am leichtesten erregbaren Nerven mehrfach gerade solche findet, welche dicht unter der Haut gelegen sind, wie z. B. den accessorius und ulnaris I, während zu den am schwersten erregbaren solche gehören, die in der Tiefe eingebettet sind, wie facialis, tibialis u. w.

Es ist mir daher sehr fraglich, ob diese Tabellen, in welchen die verschiedenen Nerven nach ihrer Reizschwelle in eine Reihe geordnet sind, wirklich eine genaue Skala der Erregbarkeit darstellen oder ob sie nicht ganz wesentlich durch die verschiedene Lagerung der Nerven beeinflusst sind.

Wir sehen also, dass auch, nachdem durch die Einführung des absoluten Galvanometers die Technik der galvanischen Untersuchung ganz wesentlich vervollkommnet worden ist, doch immer noch Momente genug vorhanden sind, welche die Exactheit der quantitativen Untersuchung in hohem Grade störend beeinflussen.

Wir dürfen also, wenn es sich um Feststellung quantitativer Veränderungen der Erregbarkeit handelt, immer nur auf gröbere Abweichungen von der Norm Gewicht legen und dürfen uns durch die imwer grössere Verfeinerung der Galvanometer nicht etwa zu dem Glauben verleiten lassen, dass wir Differenzen von Zehnteln oder Hundertsteln Milliampère schon diagnostisch verwerthen könnten.

Naturlich gilt dies vor Allem für doppelseitige Affectionen, bei welchen wir zum Vergleich das durchschnittliche, an normalen Individuen gewonnene Erregbarkeitsmaass des untersuchten Nerven heranziehen oder aber die Erregbarkeit des erkrankten Nerven mit der anderer, gesunder Nerven desselben Individuums vergleichen müssen*), aber auch bei einseitigen Erkran. kungen, bei denen wir den Vergleich mit der gesunden Seite austellen können, sind die erwähnten Fehlerquellen, wenn auch in geringerem Maasse von Einfluss, so dass wir auch hier in Fehler verfallen, wenn wir allzu feine Differenzen für die Diagnose heranziehen wollen. Dies kann man sich leicht klar machen, wenn man an gesunden Menschen eine Anzahl von Erregbarkeitsbestimmungen auf bei len Körperseiten macht. Dabei findet man oft recht erhebliche Differenzen zwischen der Erregbarkeit zweier symmetrischer Nerven, und so ist es auch Stintzing bei Aufstellung seiner Tabellen ergangen.

Bei der Untersuchung mit dem faradischen Strom, der man im Allgemeinen eine viel geringere Genauigkeit zuzuschreiben geneigt ist, wie der galvanischen Untersuchung, sind wir meiner Ansicht nach nicht in einer sehr viel schlechteren Lage, wie bei Anwendung des galvanischen Stromes.

Was die oben erwähnten Fehlerquellen anbetrifft, so wird zunächst die Verschiedenheit der Lagerung der Nervenstämme unter der Haut bei beiden Stromesarten von den gleichen Einfluss sein; die erregbarkeitsverändernden (modificirenden) Wirkungen kommen ebenfalls beiden Strömen zu und zwar dem faradischen im Sinne einer Herabsetzung der Erregbarkeit**); die bei der galvanischen Untersuchung störende Veränderung des Leitungs-

**) Vgl. meine Untersuchungen "über Veränderungen der Erregbarkeit durch den faradischen Strom". D. Arch. f. klin. Med., Bd. 51, 1898.

^{*)} Diese von Erb vor Einführung der absoluten Galvanometer angegebene Methode, das relative Verhalten verschiedener Nerven untereinander zu vergleichen, ist naturlich weniger correct wie die Untersuchung nach absoluten "Grenzwerthen", ist jedoch in Fällen, wo es sich um grobe Abweichungen handelt, wegen ihrer grösseren Einfachheit auch jetzt noch oft vorzuziehen, besonders wenn man sie durch Zuhilfenahme der Stintzing'schen Normaltabellen einer grösseren Zahl von Nervenstämmen zum Vergleich heranzieht, wie es Erb ursprünglich that (derselbe benutzte bekanntlich nur 4 aus den verschiedenen Körperregionen genommene Nervenstämme zum

widerstandes durch den Strom selbst, fällt beim faradischen weg, da, wie Stintzing und Graeber*) gezeigt haben, die Application eines faradischen Stromes keine Veränderung des L. W. herbeiführt.

Als wichtigsten Vorzug dagegen hat der galvanische Strom die absolute Messung der Stromesintensität für sich, welche bei dem faradischen Strome erst vereinzelt versucht worden ist. Die von verschiedenen Untersuchern gewonnenen faradischen Werthe lassen sich bekanntlich untereinander durchaus nicht vergleichen, da ja natürlich ein bestimmter Rollenabstand einen ganz verschiedenen Werth bezeichnet, je nach den Eigenschaften des benutzten Apparates (Kraft des Elementes, Windungszahl der Rollen etc.). Aber auch die mit einem und demselben Apparat an verschiedenen Tagen gewonnenen Zahlen können wir nicht ohne weiteres vergleichen, da dieselben natürlich von der jeweilig vorhandenen und sich von Tag zu Tag in Folge der chemischen Zersetzung verringernden electromotorischen Kraft des benutzten Elementes abhängen.

Aber letzterer Umstand lässt sich so gut wie ganz ausschalten, wenn man die Platten des Elements stets sauber hält und etwa alle 2-3 Tage für frische Füllung sorgt. Dies genügt, um die electromotorische Kraft des Elementes annähernd constant zu erhalten und man erhält auf diese Weise recht gut vergleichbare Werthe, wie man aus dem Gleichbleiben des Resultates ersieht, wenn man dieselben Nerven an verschiedenen Tagen untersucht.

Dabei wird allerdings ein Factor völlig vernachlässigt, welchem wir bei der galvanischen Untersuchung mit Recht eine sehr grosse Bedeutung beilegen, nämlich der Einfluss, welchen die Verschiedenheit des Leitungswiderstandes auf die Stromstärke ausübt. Nun habe ich schon vor mehreren Jahren**) nachgewiesen, dass dieser Factor beim faradischen Stromn von ganz unvergleichlich viel geringerer Bedeutung ist, wie beim galvanischen, und zwar zeigte ich dies besonders dadurch, dass, wenn ich kunstlich den Widerstand im Stromkreise durch Einschaltung einer zweiten Person ganz erheblich vermehrte, diese Auordnung nur eine ganz geringe Verringerung des zur Erregung eines bestimmten Nerven nöthigen Rollenabstandes ausübte. -

In Uebereinstimmung mit meinen Versuchen haben directe Messungen des faradischen L. W., welche besonders von Gärtner***) und Windscheid+) vorgenommen wurden, in der That ergeben, dass derselbe viel geringer ist wie der galvanische und auch relativ geringere Schwankungen zeigt.

Der L. W. kommt also bei den Untersuchungen mit dem faradischen Strom wenig in Betracht und daraus erklärt es sich, dass wir die unter

^{*)} Der electrophysiologische Leitungswiderstand des menschlichen Körpers und seine Bedeutung für die Electrodiagnostik. Deutsch. Archiv für klin. Medicin 1886,

^{**)} Ueber den Leitungswiderstand bei Untersuchungen der faradischen Erregbarkeit. D. Arch. f. klin. Med., Bd. 45, 1889.

***) Ueber den electrischen Widerstand des menschlichen Körpers gegenüber

Inductionsströmen. Medicin. Jahrbücher 1888.

^{†)} Der faradische Widerstand des menschlichen Körpers. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, B.I. II, 1892.

Vernachlässigung des L. W. mit einem der gewöhnlichen Inductionsapparate gewonnenen Werthe, wenn wir nur das Element desselben möglichst constant erhalten, recht gut verwenden können. Und dies zeigen auch die faradischen Normaltabellen von Stintzing, welche mir an Genauigkeit hinter den galvanischen mit absoluter Messung der Stromesintensität aufgestellten nicht wesentlich zurückzustehen scheinen.*) Natürlich ist der Uebelstand bei den faradischen Werthen der, dass sich jeder Untersucher für seinen Apparat eine besondere Normaltabelle aufstellen muss, während die galvanischen Tabellen allgemeine Gültigkeit haben.

Man hat nun in der letzten Zeit sich bestrebt, auch für den faradischen Strom eine Maassmethode einzuführen, welche absolute, allgemein vergleichbare Werthe liefert. Und dies scheint ja durch das Edelmannsche Faradimeter**) in vortrefflicher Weise erreicht zu sein. Dieses Instrument, bei welchem durch besondere Vorrichtungen das Constantbleiben der Elemente gewährleistet wird, ist nach der electromotorischen Kraft, welche während eines Inductionsschlages bei den verschiedenen Rollenabständen auftritt, (in Volts) geaicht. Er liefert daher absolute unter einander vergleichbare Werthe.

Die Differenzen des L. W. des menschlichen Körpers sind auch hier nicht berücksichtigt, da nicht die Intensität, sondern die electromotorische Kraft gemessen wird. Aber wie schon oben gesagt, kann dieser Factor beim faradischen Strom vernachlässigt werden und es erscheint nicht nöthig und wegen der Complicirtheit der Methode auch nicht durchführbar, wie es Windscheid***) vorschlägt, den faradischen Widerstand jedesmal direct zu messen und bei Beurtheilung der Erregbarkeitsbestimmung mit in Rechnung zu ziehen.

Wenn sich also, wozu wegen der Kostspieligkeit und Complicirtheit des Apparates wenig Aussicht vorhanden ist, das Faradimeter allgemein einführte, so würden wir zweifellos einen Fortschritt in der Exactheit der faradischen Untersuchung machen, da wir dann jedesmal eine zahlenmässige Vorstellung

^{*)} Ich glaube, dies aus folgenden Betrachtungen behaupten zu können: Betrachtet man die Stintzing'schen Tabellen Nr. 2? und 23 (l. c. p. 120), in welchen die Erregbarkeit von 13 verschiedenen Nerven in eine Scala gebracht ist, so sehen wir, dass die Erregbarkeitsbreite der verschiedenen Nerven sich beim galvanischen Strom nicht besser von einander abgrenzen lässt wie beim faradischen; es berührt nämlich z. B. die Breite des am schwersten erregbaren n. radialis mit dem unteren Grenzwerthe sowohl faradisch wie galvanisch das Grenzgebiet solcher Nerven, welche zu den am leichtesten erregbaren gehören: der faradische untere Grenzwerth des radialis (120 RA) ist nämlich gleich dem oberen Grenzwerth des n. ulnaris I, welcher die 4. Stelle einnimmt; der galvanische (09) ebenfalls gleich dem oberen Grenzwerth des an 3. Stelle stehenden n. ulnaris I).

Sieht man ferner die sämmtlichen Untersuchungsprotocolle (Tabelle 2—20) auf das Vorkommen von "Extremwerthen" (Abweichungen von der Durchschnittsbreite) durch, so findet man dieselben bei der galvanischen Untersuchung 17 mal, bei der faradischen 18 mal, also nicht wesentlich häufiger.

^{**)} v. Ziemssen u. Edelmann: Das absolut geaichte Inductorium (Faradimeter). Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd 47, 1891.

^{***)} L c. p. 78.

von der aufgewendeten electromotorischen Kraft bätten*) und die von verschiedenen Untersuchern gewonnenen Werthe untereinander vergleichen könnten.

Aber wir dürfen diesen Vortheil nicht gar zu hoch veranschlagen und die gegenwärtig allgemein übliche faradische Untersuchungsmethode nicht unterschätzen und nicht als so sehr bedeutend hinter der galvanischen Methode zurückstehend betrachten. Denn wie ich oben gezeigt und begründet habe, liefert die gewöhnliche faradische Untersuchung (allerdings nur für ein und denselben Apparat) doch immerhin noch ziemlich gut verwendbare Werthe. Auf mathematische Genauigkeit können sie allerdings keinen Anspruch machen; dies ist aber das Schicksal unserer sämmtlichen Erregbarkeitsbestimmungen, da, wie ich oben beim galvanischen Strom gezeigt habe, recht erhebliche Fehlerquellen, besonders die durch die verschiedene Lagerung der Nerven hervorgebrachte, jeder, auch der mit den besten absoluten Messvorrichtungen versehenen Methode anhaften.

Diese Fehler kann natürlich auch das Faradimeter nicht beseitigen, und dass in der That auch bei Anwendung dieses Instrumentes die Methode noch nicht von Ungenauigkeiten frei ist, beweisen die Untersuchungen von Wertheim-Salomonson**), welcher bei wiederholter Untersuchung desselben Nerven mit dem Faradimeter recht erhebliche Differenzen in den

zur Erregung nöthigen Voltzahlen fand.

Meine Herren! Wenn ich mit meinen bisherigen Betrachtungen gezeigt habe, dass unsere sämmtlichen quantitativen Erregbarkeitsbestimmungen in Folge von unvermeidlichen Fehlerquellen von einer wirklichen Exactheit weit entfernt sind und uns daher nur bei gröberen Abweichungen von der Norm Schlüsse auf pathologische Vorgänge zu ziehen gestatten, so will ich damit nicht etwa gesagt haben, dass man sich, da man es zu einer wirklichen Genauigkeit doch nicht bringen kann, mit einer flüchtigen, oberflächlichen Untersuchung begnügen könne. Im Gegentheil bin ich der Meinung, dass uns diese Betrachtungen zu möglichst sorgfältigen unter Anwendung der vollkommensten Instrumente vorzunehmenden Untersuchungen auffordern müssen, damit die unvermeidlichen Fehler nicht noch durch solche, die in unserem Machtbereich liegen, vergrössert werden.

Was nun das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung der quantitativen Erregbarkeitsveränderungen anbetrifft, so haben die Untersuchungen der letzten Jahre in dieser Beziehung wenig Neues ergeben. Die Aufzählung der sämmtlichen Fälle, in welchen quantitative Veränderungen vorkommen, gehört nicht in den Rahmen dieses Vortrages, sondern ist Sache der Lehrbücher. Es sei nur erwähut, dass der alte Satz, nach welchem bei cerebralen Läsionen die Erregbarkeit nicht verändert ist, immer mehr an Gültigkeit verliert. Dass bei alten Fällen von Hemiplegie eine leichte Herabsetzung der Erregbarkeit vorkommt, ist zwar schon seit längerer Zeit

^{*)} Die Angabe in Rollenabständen giebt bekanntlich nicht einmal eine relative Vorstellung von der electromotorischen Kraft. Es entspricht nämlich z B. durchaus nicht die Verkleinerung des R. A. um die Hälfte einer Verdoppelung der electromotorischen Kraft.

^{**)} Die Genauigkeit der faradischen Untersuchung. (Weekblad 1896.) Referat im Centralbl. f. Nervenheilk. 1836, p. 498.

bekannt Neuerdings hat man aber immer häufiger beobachtet, dass auch bei relativ frischen Hemiplegien eine recht erhebliche Erregbarkeitsherabsetzung zuStande kommen kann. Wernicke*) hat hierauf schon vor 10 Jahren aufmerksam gemacht und betont, dass die Erregbarkeit nur bei solchen Hemiplegien herabgesetzt ist, welche directes Herdsymptom sind, aber durchaus nicht etwa bei allen directen Hemiplegien. Welchen besonderen Umständen diese Erregbarkeitsherabsetzung ihr Zustandekommen verdankt, ist noch streitig; genauere Untersnchungen in dieser Beziehung versprechen eine wichtige Bedeutung für die cerebrale Localdiagnose zu gewinnen. Ferner werden Untersuchungen über die Frage von Interesse sein, ob die Herabsetzung die hemiplegischen Extremitäten in ihrer Gesammtheit oder nur bestimmte Muskelgruppen befällt. Dies sind Fragen, mit deren Bearbeitung ich mich schon seit längerer Zeit beschäftige und welche hier nur angedeutet sein sollen.

Zweitens möchte ich nicht unterlassen, zu erwähnen, dass bei leichten per i pher en Lähmungen allerdings gelegentlich eine reine quantitative Herabsetzung der Erregbarkeit vorkommt, dass ich aber Remak**) nach meinen Erfahrungen durchaus beistimmen muss, wenn er sagt, dass dieselbe "in reiner Form um so seltener geworden ist, je genauer man auch geringere qualitative Erregbarkeitsanomalien der Muskeln studirt hat."

In der That kommen leichte qualitative Anomalien verbunden mit quantitativen bei den leichten peripherischen Lähmungen viel häufiger vor, wie quantitative allein.

Eine scharfe diagnostische und prognostische Unterscheidung dieser Fälle, sowie eine Kenntniss der zu Grunde liegenden histologischen Differenzen fehlt uns noch völlig und bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten.

Alle übrigen Fälle, in denen quantitative Veränderungen vorkommen, will ich hier übergehen und will nur kurz erwähnen, dass die schon 1874 von Erb gefandene Steigerung der Erregbarkeit bei Tetanie immer und immer wieder bestätigt worden ist und ihre Bedeutung als pathognomisches Zeichen dieser Krankheit durchaus behauptet hat.

Ungleich grösser wie die diagnostische Bedeutung der rein quantitativen Erregbarkeitsveränderungen ist aber diejenige der qualitativen Veränderungen der Erregbarkeit.

Betrachten wir nan, was in dieser Beziehung die Untersuchungen der letzten Jahre zu Tage gefördert haben.

Die wichtigste qualitative Veränderung bleibt natürlich nach wie vor die Entartungsreaction, welche uns schon im Jahre 1859 durch Baierlach er bekannt geworden ist.

Mit dem Studium der Entartungsreaction hat man sich auch in den letzten Jahren wieder eingehend beschäftigt und man ist immer mehr zu der Erkenntniss gekommen, dass die Entartungsreaction kein einheitlicher diagnostischer Befund ist, sondern die mannigfachsten Variationen aufweist, welche ineinander übergehen können und bei denen bald das eine, bald das

**) Grundriss der Electrodiagnostik 1895, p. 72.

^{*)} Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit bei cerebraler Lähmung. Breslauer ärztliche Zeitschrift 1886, Nr 17.

andere der bekannten Criterien fehlen kann. Als allgeme'n gültig aber hat sich das herausgestellt, dass das einzig entscheidende und unerlässliche Criterium der Entartungsreaction die Zuckungsträgheit darstellt.

Alle anderen Criterien, sowohl das Ueberwiegen der An Sz über die KSz wie die Steigerung der galvanomusculären Erregbarkeit, sowie auch die Aufhebung der Nervenerregbarkeit können unter Umsständen fehlen, aber die Zuckungsträgheit bei galvanischer Muskelreizung muss vorhanden sein, wenn man Entartungsreaction diagnosticiren, also auf degenerative Veränderungen im Nerven und Muskel schliessen will. Dieser Standpunkt. der neuerdings von Remak*) besonders betont worden ist, ist wohl der jetzt allgemein anerkannte. Neben diesem einen feststehenden unerlässlichen Criterium der Entartungsreaction gruppiren sich nun die übrigen Symptome in mannigfacher Weise.

Während man früher nur die complete und partielle Entartungsreaction unterschied, hat man neuerdings viel zahlreichere Species unterscheiden können, besonders nachdem man erkannt hatte, dass die indirecte galvanische Erregbarkeit nicht nur quantitativ verändert (aufgehoben oder herabgesetzt), sondern auch in ihrem Ablauf verlangsamt sein kann (Erb's "indirecte Zuckungsträgheit") und nachdem von Kast**) und Remak***) u. A. darauf hingewiesen worden war, dass auch die faradische Nerven- sowohl wie Muskelreizung eine verlangsamte Reaction zeigen kann (faradische Entartungsreaction).

Da sich nun diese verschiedenen Befunde auf die mannigfachste Weise combiniren können, so lassen sich zahlreiche Abarten der Entartungsreaction aufstellen. Stintzing+) hat sich das Verdienst erworben, die vorkommenden Combinationen von einander abgegrenzt und in eine Reihe gebracht zu haben, welche ungefähr der Schwere des Degenerationsvorganges entspricht. Er stellte 13 Varietäten auf und fasste dieselben in 4 übergeorduete Gruppen zusammen. Jedoch ist, wie St. selbst anerkennt, die diagnostische und prognostische Verwerthbarkeit dieser Abgrenzung noch eine recht geringe, denn einmal wissen wir über die histologischen Differenzen, welche diesen verschiedenen Formen zu Grunde liegen, noch gar nichts, ja wir können noch nicht einmal aus der Form der Entartungsreaction im concreten Falle unterscheiden, ob es sich um eine periphere oder um eine spinale (Vorderhornzellen) Affection handelt, denn dieselbe "Varietat" kann bei beiden Arten der Erkrankung zur Beobachtung kommen und zweitens lässt sich in vielen Fällen nicht einmal über die Prognose etwas Bestimmtes aus dem electrischen Befunde folgern, da die Form der Entartungsreaction durchaus nicht immer in einer bestimmten Relation zu dem Verlaufe der Erkraukung steht, vielmehr dieselbe Form sowohl bei einem progressiven wie bei einem regressiven Process vorkommen kanu.

^{*)} Teber die Definition der Entartungsreaction. Deutsch. medicin. Wochenschr 1893. Nr. 46.

^{**)} Neurolog. Centralbl. 1882.

^{***)} Archiv für Psychiatrie 1879, IX.
†) Die Varietäten der Entartungsreaction. Deutsch. Arch. f klin, Med. 1887.
Bd. 41.

Hier wird es also neben zahlreichen klinischen Seobachtungen vor Allem anatomischer Befunde bedürfen, um ein näheres Verständniss dieser verschiedenen Formen zu gewinnen und da Sectionen derartiger Fälle wohl immer etwas seltener sein werden, wird man wohl wieder auf eine gründliche experimentelle Durchforschung dieser Fragen zurückgreifen müssen.

Gegenwältig wissen wir über die Beziehung der verschiedenen Formen der Entartungsreaction zu der Schwere des Degenerationsvorganges nicht viel mehr als das, was schon seit langer Zeit bekannt ist, dass nämlich der schwersten Degeneration die complete, dem leichtesten Grade die partielle Entartungsreaction entspricht, während die faradische Entartungsreaction in der Mitte zwischen beiden steht.*) Genauere Kenntnisse über die Beziehung der electrischen Reactionsform zu dem Grade der Degenerationsvorgänge können wir aber erst von späteren Untersuchungen erwarten.

Es existirt aber noch eine andere Schwierigkeit in der diagnostischen Verwerthung der Entartungsreaction, welche meist nicht genügend beachtet wird, nämlich der Umstand, dass die Beurtheilung des wichtigsten Criteriums der Entartungsreaction, der Zuckungsträgheit, bis zu einem gewissen Grade der subjectiven Auffassung unterliegt. Es wird nämlich meistens nicht genügend betont, dass die "träge" Zuckung doch nicht etwas von der normalen "blitzartigen" Zuckung principiell und haarscharf Geschiedenes ist, sondern dass der Zuckungsablauf die mannigfachsten Uebergänge von der normalen, raschen zu der ausgesprochen "wurmförmigen" Zuckungsform zeigen kann.

Dies sehen wir besonders bei Regenerationsprocessen.

Wenn eine periphere Lähmung zur Heilung kommt, so sehen wir nicht etwa plötzlich, nachdem die Nervenleitung wieder hergestellt ist, die langsame Zuckung in die prompte umschlagen, sondern der Zuckungsablauf wird ganz allmählich immer rascher, so dass wir gelegentlich an einen Zeitpunkt kommen, zu welchem wir zweifelhaft sein können, ob es sich um eine normale oder um eine verlangsamte Zuckungsform handelt.

Auf diese Uebergangsformen treffen wir nun ausser bei diesen Regenerationsformen auch sonst recht häufig und sie scheinen mir nicht selten den Aulass zu diagnostischen Zweifeln zu geben. Nicht selten findet man dieselben bei peripheren Lähmungen leichteren Grades, wie schon oben angedeutet wurde. Besonders aber ist mir dieses Mittelding zwischen prompter und träger Zuckungsform in mehreren Fällen von Dystrophia muscularis progressiva begegnet**. Bekanntlich bezeichnet Erb***) das Fehlen von qualitativen electrischen Veränderungen als characteristisch für die Dystrophie, während von einigen anderen Autoren Zuckungsträgheit beschrieben worden ist. Ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass diese Differenz in dem Befunde durch diese Uebergangsform der Zuckung hervorgerufen ist, wie ich sie selbst wiederholt bei Dystrophie gesehen habe

^{*)} Kast, l. c.
**) Vgl. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 53. (Demonstration eines Falles von Muskelatrophie bei progr. Paralyse.)

^{***)} Dystrophia muscularis progressiva. Deutsche Zeitschrift für Nervenheil kunde, Band I. (Daselbst ist auch die gesammte hierher gehörige Litteratu angegeben.)

Es ist sehr wohl möglich, dass eine derartige Form von Erb noch für normal augesehen wird, während andere Autoren dieselbe schon als Zuckungsträgheit betrachten.

Ganz ähnlich liegt es auch bei den centralen Lähmungen, speciell bei der Hemiplegie, bei welcher das Fehlen von qualitativen Veränderungen ja lange Zeit als eine feststehende Thatsache betrachtet wurde. Auch hiebei habe ich sehr häufig (am deutlichsten in den kleinen Handmuskelu) eine galvanische (uud häufig auch faradische) Zuckungsform beobachtet, welche sicher nicht die normale Promptheit besass, aber doch auch nicht eine "wurmförmige" Zuckung darstellte. Derartige Mittheilungen über Anomalien der Zuckungsform bei der Hemiplegie sind ja auch bereits von anderen Autoren, besonders von Eisenlohr*) publicirt worden, welcher in der That auch degenerativ-atrophische Veränderungen in den Muskeln nachweisen konnte, womit die Zugehörigkeit dieser Reactionsbefunde zur Eutartungsreaction anatomisch begründet ist.

Wir sind also nach diesen Befunden weniger denn je in der Lage, aus dem pathologisch veränderten Zuckungsablauf Schlüsse auf den Sitz der Erkrankung zu ziehen, vielmehr sehen wir aus dem Mitgetheilten, dass sich in der letzten Zeit eine Verschiebung der Grenzen der Entartungsreaction anzubahnen scheint, insofern als zwar die ausgesprochenen Formen der Entartungsreaction nach wie vor das Gebiet der peripheren und der spinalen (Vorderhornzellen-) Erkrankungen, also die Erkraukungen des peripheren motorischen Neurons für sich in Anspruch nehmen, als aber doch auch gewissermassen rudimentäre Formen vorkommen, welche den Uebergang zu qualitativ normalem Verhalten bilden und welche das alte Grenzgebiet der Entartungsreaction überschreiten, indem sie sich einmal bei den periphersten (den musculären) Affectionen und anderseits auch bei den centralsten Erkrankungen (den Hemiplegien) vorfinden.

Es wird also, um wieder zu einer schärferen Grenzbestimmung der Entartungsreaction zu gelangen, dringend erforderlich sein, dass diese Uebergangsformen näher studirt werden, wozu sich u. 2. wohl myographische Aufnahmen der Zuckung als nutzbringend erweisen werden.

Eine wichtige Aeuderung beginnt sich in den letzten Jahren in der theoretischen Auffassung der Entartungsreaction zu vollziehen.

Bekanntlich nahm man früher an, dass das differente Verhalten des degenerirten Muskels gegenüber den beiden Stromesarten, von der verschiedenen Dauer des galvanischen und faradischen Reizes abhinge, in dem Sinne, dass der Muskel auf die langdauernden galvanischen Reize reagiren könne aber gegenüber den kurzdauernden Stromstössen des Inductionsapparates seine Reizbarkeit verloren habe. Diese Hypothese wurde durch die Beobachtung unterstützt, dass, wenn man durch ein Unterbrechungsrad galvanische Reize zu momentaner Dauer verkürzt, die Zuckung ausbleibt (Neumann).

Nun hat Dubcis**) neuerdings gezeigt, dass bei completer Entartungsreaction in vielen Fällen der Muskel, der für die gewöhnliche faradische Untersuchung unerregbar ist, doch auf Einzelschläge eines kräf.

^{*)} Neurol. Centralbl. 1890, Bd. IX, und Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893, Bd. 3.

^{**)} Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1888.

tigen Inductionsapparates reagirt und zwar mit deutlich verlangsamter Zuckungsform. Nach dieser Beobachtung, die besonders von Remak*) verfolgt und weiter ausgeführt worden ist, scheint natürlich die alte Hypothese nicht mehr haltbar, denn wir haben nun ja gerade eine Reaction auf einen ganz kurz dauernden Reiz. Auf Grund dieses Factums sucht nun Remak das Austleihen der Reaction bei der gewöhnlichen faradischen Untersuchung (mit schwingendem Hammer) durch eine abnorme Erschöpfbarkeit des Muskels gegenüber wiederholten Reizen zu erklären. Er nimmt an, dass "die histologische (und chemische) Degeneration des Muskels seinen Contractionsmechanismus derart verändert, dass je stärker seine Entartung ist, er desto mehr träge auf jede Form des electrischen Einzelreizes reagirt und desto stärker die Erschöpfbarkeit dieser Reaction bei wiederholten Reizen wird."

Mir scheint noch manches bei dieser neuen Auffassung fraglich und genauerer Nachprüfung bedürftig zu sein. Ich habe selbst in mehreren Fällen von completer Entartungsreaction die Reaction auf dez Einzelinductionsschlag gesehen, in anderen aber wieder vermisst. Es fehlt nun bisher jede Erklärung für dieses wechselnde Verhalten, denn in Anlehnung an obige Hypothese, nach welcher der degenerirte Muskel auf jede Form des electrischen Einzelreizes träge reagirt, ist es nicht recht verständlich, warum in manchen Fällen die Reaction auf den Inductionseinzelreiz ausbleiben soll, während sie für den galvanischen vorhanden ist.

Man könnte daher versucht sein, auf eine andere Weise als es Remak thut, den neuen Befund bei der Entartungsreaction zu erklären. Man könnte annehmen, dass in den Fällen, in welchen der Inductionsstrom bei schwingendem Hammer unwicksam, als Einzelschlag aber wirksam ist dieser Unterschied nur darauf zurückzuführen sei, dass man beim Einzelschlag viel höhere Stromstärken anwenden kann als bei schwingendem Hammer, da ja die Reizung mit letzterem bekanntlich in Folge von Summation viel schmerzhafter ist. Es wäre also möglich (ich spreche dies aber nur vermuthungsweise aus), dass es sich in diesen Fällen nicht im eigentlichen Sinne des Wortes um complete Enartungsreaction handelt, sondern um Fälle, bei denen die faradische Muskelerregbarkeit zwar sehr stark herabgesetzt, aber doch nicht völlig aufgehoben ist, und bei denen man die faradische Zuckung bei schwingendem Hammer nur deswegen nicht demonstriren kann, weil diese Untersuchung als zu schmerzhaft von den Patienten nicht vertragen wird. **) Dass bei gentigender Stromstärke und günstiger Versuchsanordning der Inductionsstrom auch mit schwingendem Hammer bei schweren degenerativen Lähmungen Zuckungen bervorzurufen im Stande

^{*)} Ueber die Definition der Eutartungsreaction. Deutsch. med. Wochenschr, 1893, Nr. 45.

^{**)} Das von Remak beigebrachte Beispiel kann für diese Annahme angeführt werden:

[&]quot;Rechter m. frontalis träge An Sz = 0,1 MA, desgleichen KSz - 0,3 MA. Ein Oeffnungsinductionsschlag bei 40 mm RA ergiebt sowohl für K. als An eine deutlich träge Zuckung. Die Prüfung mit dem inducirten Strom bei schwingendem Hammer wird bei diesem RA nicht ertragen und ist bei grösserem keine Spur von Contraction zu erkennen."

sein kann, hat schon Leegard*) im Anschluss an Vulpian und Erb am blossgelegten Kaninchenmuskel nachgewiesen.

Zweitens möchte ich hervorheben, dass bevor man die in Rede stehende neue Auffassung der Entartungsreaction acceptiren kann, besonders auch die Formen von partieller Entartungsreaction unter dem Gesichtspunkte dieser Definition betrachtet werden müssen. Denn wenn es sich bei der completen Entartungsreaction um eine abnorme Erschöpfbarkeit des Muskels handelt, so dass er auf die wiederholten Reizungen des Inductionsstromes nicht zu reagiren vermag, so müsste man doch erwarten bei der partiellen Entartungsreaction, bei welcher der Muskel auf den Inductionsstrom noch reagirt, doch wenigstens Andeutungen von dieser Erschöpfbarkeit zu finden, etwa in der Weise, dass die Contraction verhältnissmässig rasch an Stärke nachlässt oder dergi.

Dieser Purkt wird jedeufalls einer näheren Beachtung werth sein.

Wir sehen also, dass die neue Auffassung der Entartungsreaction, welche sich aus der Untersuchung mit Einzelinductionsschlägen ergeben hat, ein grosses Interesse darbietet, aber doch vorläufig uoch durchaus nicht als feststehend betrachtet werden kann. Vielmehr lässt sie noch manche Frage offen, welche erst zahlreichere Beobachtungen zu beantworten im Stande sein werden.

Aussen der Entartungsreaction hat sich auch noch mancherlei anderen weniger häufigen qualitativen Anomalien der Erregbarkeit die Aufmerksamkeit der Untersucher zugewandt.

Es sei davon nur das wichtigste kurz erwähnt:

Die myotonische Reaction der Thomsen'schen Krankheit ist uns schon vor längerer Zeit (1885) durch Er b bekannt worden und seitdem bei allen ausgesprochenen Fällen der genannten Krankheit immer wieder bestätigt worden.

Als Gegensatz zu dieser Reaction, bei welcher bekanntlich eine lange Nachdauer der Contraction das Characteristische ist, hat Jolly **) neuerdings eine "myasthenische Reaction" aufgestellt, deren Wesen darin besteht, dass bei tetanisirender Reizung mit dem faradischen Strom sehr rasch ein Nachlassen der Contraction sich bemerklich macht. Er fand diese Reaction bei der sogenannten "Myasthenia pseudoparalytica" (asthenische Bulbärparalyse Strumpell's) und hat sie durch myographische Aufnahmen sehr schön veranschaulicht.

Dieser Befund wurde bald darauf von Fajerstzan***) bestätigt.

Dieselbe Reaction ist, wie tibrigens auch Jolly angiebt, schon vor längerer Zeit (1865) von Brenner und Benedikt als "Reaction der

^{*)} Ueber die Entartungsreaction. Deutsches Archiv für klinische Medicin 1880,

Bd. 26.

**) Berliner klin. Wochenschr. 1895, Nr. 1.

***) Zur Casuistik und Symptomatologie der asthenischen Paralyse. Neurol.

Centralbl. 1896, Nr. 18 u. 19. Digitized by Google

Erschöpfbarkeit" beschrieben und bei verschiedenen Krankheiten (Hemiplegie, Muskelatrophie etc.) beobachtet worden.

Der Nachweis dieser Reaction, der auch ich gelegentlich begegnet bin, kann also vorläufig nur als ein Ausdruck einer abnormen Ermüdbarkeit der Muskulatur angesehen werden, ohne dass er jedoch einen bestimmten Schluss auf die Art der Erkrankung zuliesse. Hoffentlich wird es gelingen, den diagnostischen Bereich derselben durch zahlreichere Beobachtungen zu umgrenzen.

Dabei wird man auch nicht vergessen dürfen, dass auch der normale Muskel bis zu einem gewissen Grade erschöpfbar ist, indem die tetanisirende Reizung stets eine mässige Herabsetzung der Erregbarkeit zur Folge hat. welche sich in einem Nachlassen der Contractien äussert.*)

Jedoch wird sich, besonders mit Zubilfenahme der myographischen Aufzeichnung, leicht eine Grenze für die normale Breite dieser Erscheinung finden lassen.

Interessant ist ferner noch ein kürzlich von Remak**) als "neurotonische Reaction" beschriebener Befund. In einem diagnostisch nicht ganz klaren Falle (Neuritis oder progressive Muskelatrophie; wahrscheinlich das letztere) fand er am n. ulnaris und medianus eine Reaction, welche sich dadurch characterisirt, dass nohne dass eine eigentliche Steigerung der Erregbarkeit für die minimale K Sz oder des faradischen Schwellenwerthes verzeichnet wurde, sowohl die An Oez relativ früh auftritt, als besonders eine Disposition nicht nur zum KSTe, sondern selbst zum An Oe Te besteht mit Nachdauer des Tetanus sowohl nach der Stromöffnung als auch nach labiler galvapischer Reizung und faradischer Reizung wenigstens bei tetanisirenden (wiederholten) Reizen."

Remak hebt hervor, dass diese Reaction eine Aehnlichkeit habe mit der bei Tetanie, besonders durch das Auftreten des An Oe Te sich aber von dieser durch das Fehlen einer Steigerung der Erregbarkeit für die Minimalcontraction unterscheide.

Er bringt diese Reaction in Gegensatz zu der myotonischen Reaction, bei welcher die Nachdauer der Zuckung wesentlich bei directer Muskelreizung auftritt, während hier die Veränderungen der Reaction bei der Nervenreizung sich abspielen und die directe Reizung keine characteristische Veränderung erkennen lässt.

Es war Remak entgangen, dass schon im Jahre 1889 ganz dieselbe Reaction von Marina beschrieben und merkwürdiger Weise mit demselben Namen belegt worden ist. Hierauf machte Marina***) bald nach dem Erscheinen des Remak'schen Aufsatzes aufmerksam und zeigte, dass die Befunde sich im Wesentlichen decken, nur bestand bei Marina ein Ueberwiegen der Anoden- über die Kathodenzuckungen, welches bei Remak fehlte.

^{*)} Vergl. meine Arbeit: "Ueber Veränderungen der Erregbarkeit durch den faradischen Strom." D. Arch. f. klin. Med. Bd. 51, 1893.

**) Die neurotonische electrische Reaction. Neurologisches Centralblatt 1896.

Nr. 13.

***) Ueber die neurotonische electrische Reaction. Neurol. Centralbl. 1896,

Auch diesen Mittheilungen kommt, so interessant sie auch sind, eine diagnostische Verwerthbarkeit bisher nicht zu, denn dieselbe Reaction, welche Remak in einem Falle von peripherer (resp. spinaler) Lähmung beobachtete, sah Marjina in einem Fall von Hysterie!

Auch weist Marina mit Recht darauf hin, dass die neurotonische Reaction keinen principiellen Unterschied gegenüber der Reaction bei Tetanie erkennen lasse und dass beide nur "verschiedene Stufen einer durch verschiedene Ursachen bedingten Uebererregbarkeit des motorischen Neurons" darstellen.

Ferner zeigt er, dass auch eine unverkennbare Verwandtschaft mit der myotonischen Reaction vorliege. Zweifellos ist dieser Hinweis, dass die neurotonische Reaction nicht ein schaff abgegrenzter Befund ist, sondern Uebergänge nach verschiedenen Seiten hin zeigt, durchaus berechtigt. Ich möchte hiuzufügen, dass dieselbe auch eine Verwandtschaft mit der "partiellen Entartungsreaction mit indirecter Zuckungsträgheit" zeigt, wenigstens scheint dies nach einer kürzlich erschienenen Arbeit von Löwenthal*) der Fall zu sein. Derselbe beobachtete in einem Falle von peripherer Radialislähmung den deutlichen Befund der indirecten Zuckungsträgheit, während die quantitativen Verhältnisse bezüglich des Auftretens der Minimalzuckung normal waren, aber ein abnorm leichtes Auftreten von KSTe und KOez erkennen liessen.

Diesen letzteren Befund fand er noch in zwei anderen Fällen von Drucklähmung des Radialis, bei welchen aber Veränderungen der Zuckungsform nicht vorhanden waren.

Löwenthal stellt eine Deutung und weitere Verfolgung der mitgetheilten Befunde erst für später in Aussicht, jedoch glaube ich, schon jetzt sagen zu können, dass diese Befunde einerseits an die indirecte Zuckungsträgheit, anderseits an die neurotonische Reaction anklingen, und dass wir dadurch eine weitere Bestätigung der Marina'schen Ansicht gewonnen haben, nach welcher es sich bei der neurotonischen Reaction noch durchaus nicht um einen scharf abgegrenzten electrodiagnostischen Befund handelt.

Wenn ich hiermit meine Besprechung der qualitativen Veränderungen schliesse, so kann ich nicht unterlassen, nochmals zu betonen, dass ich mir wohl bewusst bin, hiermit nicht einen vollständigen Litteraturbericht gegeben zu haben. Dies war aber auch von vornherein nicht meine Absicht, vielmehr wollte ich nur die wichtigen neuen Gesichtspunkte hervorheben, besonders diejenigen, welche bei weiterer Verfolgung nutzbringend für die Electrodiagnostik zu werden versprechen.

Mit wenigen Worten will ich nur noch auf die Untersuchungen des electrischen Leitungswiderstandes zu sprechen kommen, welchem ja bekanntlich von manchen Seiten ein grosser diagnostischer Werth beigemessen wird.

Es ist bekannt und ist auch aus meinen obigen Darlegungen hervorgegangen, dass die Kenntniss von dem Verhalten des Leitungswiderstandes von der grössten Wichtigkeit für unsere Erregbarkeitsbestimmungen ist.

^{*)} Ueber das electrische Verhalten des nervus radialis bei Drucklähmungen Neurolog. Centralbl. 1896, Nr. 22,

Die zahlreichen von den Electrodiagnostikern angestellten Untersuchungen über das Verhalten des Leitungswiderstandes unter physiologischen Bedingungen, besonders über die Differenzen, die er bei verschiedenen Menschen und an verschiedenen Hautstellen darbietet, über seine Abhängig. keit von der Stromstärke und von der Dauer der Stromeinwirkung u. s. w. waren wie wir gesehen haben, eine unbedingt nöthige Vorbedingung, wenn man einigermassen auverlässige Methoden der Erregbarkeitsbestimmung ausbilden wollte.

Auf diese Untersuchungen des physiologischen Leitungswiderstandes will ich aber hier nicht eingehen, will vielmehr nur in Kurzem den Stand der Frage skizziren, inwieweit man das Verhalten des Leitungswiderstandes als ein Symptom in pathologischen Zuständen verwenden kann.

Bekanntlich ist schon vor längerer Zeit mitgetheilt worden (Vigouroux, Charcot u. A.), dass bei manchen Krankheiten der Leitungswiderstand bestimmte Veränderungen zeige, insbesondere dass bei Hysterie und Melancholie eine Vermehrung des Widerstandes, bei Morbus Basedowii eine Verminderung desselben ein constantes Symptom sei. Besonders die letztere Angabe ist mehrfach bestätigt und dahin näher präcisirt worden, dass es sich mehr um ein rasches Absinken des Leitungswiderstandes als einen verminderten Anfangswiderstand handle (Martius, Eulenburg, Kahler). Jedoch ist man noch durchaus nicht darüber einig geworden, auf welche besonderen Umstände dieses Symptom zurückzusühren sei, ob nur. die Schweissdurchtränkung der Haut oder besondere vasomotorische Einflüsse im Spiele seien.

Besonders hervorzuheben sind die Untersuchungen von Eulenburg*), welcher in der Messung des galvanischen Leitungswiderstandes am Kopfe ein diagnostisches Mittel gefunden zu haben glaubt, um Schlüsse auf die Blutfülle in der Schädelhöhle ziehen zu können.

Er wies nach, dass bei gesunden Personen der Leitungswiderstand am Kopfe einen ziemlich constanten Werth darstellt und fand Abweichungen von diesem Werthe sowohl bei functionellen Neurosen, wie bei organischen Hirnerkrankungen.

Ich selbst**) habe im Anschluss an die Eulenburg'schen Untersuchungen Messungen des Widerstandes am Kopfe in Fällen von traumatischen Neurosen angestellt und habe dabei eine Verminderung des Leitungswiderstandes als ein häufiges Symptom bei solchen Fällen gefunden, in welchen die Kranken über subjective Kopfbeschwerden (Schwindel, Kopfschmerzen, Sausen etc.) klagten, Beschwerden, welche recht gut mit der Annahme einer Hirnbyperämie übereinstimmen Wenn sich diese Beobachtungen bestätigen, so wäre damit im gegebenen Falle ein objectiver Nachweis für das wirkliche Bestehen eines Krankheitszustandes geschaffen, während man sonst in derartigen Fällen recht häufig nichts objectives nachweisen kann.

Bei allen diesen Versuchen, dem Leitungswiderstande eine diagnostische Bedeutung beizulegen, ist aber hervorzuheben, dass auch unter normalen Verhältnissen die individuellen Schwankungen des Leitungswiderstandes doch recht gross sind, dass ferner die Untersuchungsmethoden zahl-

^{*)} Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. XII. **) Berl klin. Wochenschr. 1893, Nr. 31.

reichen Fehlern ausgesetzt sind und dass man in Folge dessen mit der diagnostischen Verwerthung der Resultate noch sehr vorsichtig sein auss. Es werden noch sehr grosse Versuchsreihen nöthig sein, ehe wir zu einer Sicherheit in dieser Beziehung gelangt sein werden.

Wie gross die individuellen Schwankungen und wie unberechenbar vorläufig noch die Einflüsse sind, welche auf den Leitungswiderstand einwirken, sieht man besonders daraus, dass nicht einmal bei einer so groben und wohlcharacterisirten Veränderung der Haut, wie die Sklerodormie darstellt, ein constantes Verhalten des Leitungswiderstandes zu constatiren ist. Während nämlich Eulenburg*) und Herzog**) eine Vermehrung des Leitungswiderstandes bei Sklerodermie fanden, haben Bernhard und Schwabach***), Erbent) und ich selbst ††) Verminderung desselben constatirt. Ich konnte sogar einmal an ein und demselben Falle an zwei Stellen eine Erhöhung, an allen übrigen eine Verminderung des Leitungswiderstandes constatiren.

Unter diesen Umständen ist es nicht zu verwandern, wenn sich wieder einmal Stimmen erheben, welche der Messung des Leitungswiderstandes therhaupt jede diagnostische Bedeutung absprechen wollen. Dies ist in neuester Zeit in einer Arbeit von Spenl und Sano +++) geschehen.

Diese Autoren untersuchten mit einer besonderen hier nicht näher zu beschreibenden Methode den Leitungswiderstand an zahlreichen gesunden und kranken Personen. Als Electroden benutzten sie nicht wie die übrigen Untersucher die gewöhnlichen (unpolisirbaren) Platten, deren Gebrauch, wie sie ganz richtig ausführen, mancherlei Fehler mit sich briogt (ungleichmässige Durchfeuchtung, ungentigendes Anliegen auf der Hautoberfläche, verschieden starker Druck beim Aufsetzen etc.), sondern zwei Gefässe mit 1000 Kochsalzlösung, in welche die Hände der Versuchsperson bis an die Handgelenke eingetaucht wurden. Sie fanden nun, dass bei manchen gesunden Personen der Leitungswiderstand bei Untersuchungen an verschiedenen Tagen durchaus gleich blieb, dass bei anderen aber ganz erhebliche Schwankungen auftraten, dass ferner verschiedene gesunde Personen so colossale Differenzen und Kranke mit derselben Krankheit ebenfalls ein so ungleichartiges Verhalten des Leitungswiderstandes zeigten, dass nach ihrer Ansicht derselbe absolut nicht für irgend einen diagnostischen Schluss verwandt werden kann. Der Factor, von welchem nach der Meinung dieser Autoren das Verhalten des Widerstandes hauptsächlich abhäugt, ist nicht irgend eine, bestimmten Krankheiten eigenthümliche Beschaffenheit der Gewebe oder besondere Circulationsverhältnisse, das Bestimmende ist vielmehr der Kochsalzgehalt des Gewebssaftes, welcher sowohl bei gesunden wie bei kranken Menschen unter dem Einfluss der Ernährung ausserordentlich schwankt. Zum Beweise dieser Anschauung führen die Autoren

^{*)} Neurolog. Centralbl. 1892, p. 1.

**) Deutsch. medicin. Wochenschr. 1894, Nr. 9.

***) Berl. klin. Wochenschr. 1875, Nr. 47

^{†)} Vierteljahrschr. f. Dermatologie 1888, p. 757. ††) Verhandlungen des IV. deutschen Dermatologen-Congresses, (Demonstration von Schäffer uud Neisser.)

^{†††)} La résistance électrique du corps humain. Journal de neurologie 1896, p. 72 (Vgl. auch das Feferat in diesem Centralblatt, 1896, p. 881)

an, dass sie bei einer Person nach Genuss von 4 gr Kochsalz den Leitungswiderstand von 1450 auf 1120 Ohm sinken sahen.

Es will mir scheinen, dass diese Untersuchungsergebnisse doch noch mit grosser Reserve zu betrachten sind. Einmal müsste der letztgenannte, sehr wichtige Kochsalzversuch doch mehrfach wiederholt werden, ehe man ihn zur Aufstellung einer Theorie verwerthen kann. Es scheint jedoch nach den Mittheilungen der genannten Autoren, als ob er nur ein mal angestellt worden wäre, und ich möchte meinen, dass man bei derartigen doch mancherlei unberechenbaren Umständen unterworfenen Untersuchungen doch auf ein einzelnes Resultat keinen entscheidenden Werth legen du fte.

Zweitens scheint es mir auch bei den genannten Untersuchungen sehr bedenklich, den Widerstand gerade an den Händen zu messen. Die Hände (speciell die volæ) bieten bekanntlich ganz andere Widerstandsverhältnisse dar als die übrigen Hautpartien. Dieselben zeigen bekanntlich, wenn man ihren Anfangswerth misst, einen geringeren Widerstand als andere Hautstellen, dagegen ein viel höheres Widerstandsminimum, indem an ihnen ein verhältnissmässig nur sehr geringes Sinken des Widerstandes durch den Strom stattfindet (Jolly, Martius).

Schon hieraus sehen wir, dass wir es hier mit ganz anderen Verhältnissen zu thun haben, wie an anderen Hautstellen. Es ist ja auch ganz natürlich, dass die Haut der Hände durch die mechanischen, thermischen etc. Einwirkungen, denen sie fortwährend ausgesetzt ist, eine ganz besondere Beschaffenheit gewinnt und zwar eine individuell verschiedene, je nach den Lebensgewohnheiten der hetreffenden Person. Vielleicht erklären sich schon hieraus die willkürlich und regellos aussehenden Resultate, die die Verfasser gewonnen haben, während sie vielleicht an anderen Hautstellen, besonders am Kopfe, wo die Hautbeschaffenheit eine bei den verschiedenen Personen annähernd gleichmässige ist und daher die Einflüsse der Circulation etc. leichter zum Ausdruck kommen können, bessere Ergebnisse gehabt hätten.

Ich glaube daher, dass die besprochene Arbeit noch nicht den nibilistischen Standpunkt der Autoren bezüglich der diagrostischen Verwerthbarkeit des Leitungswiderstandes rechtfertigt, sondern dass man die Hoffnung, doch noch auf diesem Wege zu positiven und sicheren Resultaten zu kommen, vorläufig nicht aufgeben darf, wenn ich auch nicht verkenne, dass das ganze bisher bestehende Gebäude der Widerstands-Diagnostik noch ein sehr unsicheres und schwankendes ist.

Es sei zum Schluss noch kurz erwähnt, dass auch der faradische Widerstand in pathologischen Zuständen gemessen wurde (Windscheid*), Eulenburg**), dass sich hier jedoch noch keine diagnostisch verwerthbare Resultate ergeben haben.

Die complicirten Methoden, mit welchen diese sehr interessanten Messungen vorgenommen wurden, hier zu schildern, würde zu weit führen, es sei hier nur nochmals erwähnt, was schon oben bei der Erregbarkeitsuntersuchung als

^{**)} Ueber faradischen und galvanischen Leitungswiderstand der Haut bei Sclerodermie. Dermatol. Zeitschr. 1894.

wichtig betont wurde, dass der faradische Leitungswiderstand ganz andere (viel geringere) Werthe zeigt wie der galvanische und viel constanter ist wie dieser.

Meine Herren! Am Schluss meiner Ausführungen angelangt, glaube ich, mit diesem kurzen Ueberblick gezeigt zu haben, dass die electrodiagnostischen Untersuchungen der letzten Jahre zwar viel Wissenswerthes zu Tage gefördert haben, dass wir jedoch noch bei weitem nicht zu abgeschlossenen Erkenntnissen gelangt sind.

Ueberall eröffnen sich neue Ausblicke und neue Gesichtspunkte, jedoch bedarf es noch durchweg einer gründlichen weiteren Forschung, ehe uns die Electrodiagnostik wirklich den weitgehenden Nutzen für die Erkenntziss der Nervenkrankheiten bieten wird, welchen wir schon seit langer Zeit von ihr erhoffen.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. November 1896.

1) Vor der Tagesordnung stellt Herr T. Cohn einen 48jährigen Uhrmacher mit einer tieförmigen Beschäftigungsneurose im Gebiete des Facialis vor. In der Familie des Patienten befinden sieh mehrere nervenkranke Mitglieder. Er selbst leidet seit einigen Jahren an Schwindel, Herzklopfen, Erregbarkeit und ist schon lange Emphysematiker. Er hat 2 gesunde Kinder, 2 sind an Zahnkrämpfen gestorben. Lues, Potus negatur. Während seiner vieljährigen Arbeit als Uhrmacher trägt er eine Lupe vor dem linken Auge eingeklemmt. Seit 2 Jahren traten um dasselbe, später im ganzen Gebiet des linken Facialis Zuckungen ein, zuerst nach längerer Tagesarbeit. Allmählich wurde es stärker und besteht seit einiger Zeit mit geringen Unterbrechungen fast den gansen Tag über. Das Zucken tritt bei allen Bewegungen auf, beim Sprechen, Kauen, Gähnen. Er wird jetzt mit Massage behandelt. Objectiv ist von Seiten des Nervensystems nichts anderes als eine ticartige Bewegung im Facialis zu erkennen, die besonders die mittlere Portion desselben betrifft. Vom Trigeminus ist Es sei ihm aufgefallen, dass das Zucken nichts Abnormes zu bemerken. besonders beim Augenschluss stärker auftrete. Es handelt sieh also um einen Facialis-Tic bei einem offenbar disponirten Manne, der im Anschluss an den Beruf als Uhrmacher aufgetreten und als Folge des Tragens der Lupe wohl aufzufassen sei. Entweder liege ein Druck auf einen Ast des Trigeminus vor und der Tic sei dann als ein reflectorischer zu erklären, und die Beschäftigung käme nur secundär in Betracht (dagegen spreche das Fehlen von Schmerzen, Parästhesien, Druckpunkten) oder die übermässig dauernde Innervation des Facialis an sich durch das fortwährende Zukneisen des Auges habe den Krampf hervorgerufen. Dann falle er unter die Gruppe der Beschäftigungsneurosen. Dafür spreche namentlich, dass er zuerst nur nach anhaltender Tagesbeschäftigung auftrat. Dass er auch in der Ruhe bestehe, finde sich auch bei den übrigen Beschäftigungsneurosen. Digitized by GO

Erwähnenswerth sei 1. das Auftreten deseslben im Gebiet der Hirnnerven, 2. die dabei nicht gewöhnliche ticartige Form.

Bernhardt: Vortragender habe nicht daran gedacht, dass die Accomodationsanstrengung des Auges den Krampf ausgelöst haben könne. Zweitens habe B. in seinem Buch einen Fall angeführt, wo der Facialiskrampf zuerst im orbicularis oculi auftrat. Auch Zungenkrämpfe sind bei Spielern mit Blasinstrumenten beobachtet worden.

2) Levy-Dorn demonstrirt ein Röntgenbild bei spinaler Kinderlähmung. (Autorreferat.)

11jähriger Knabe, welcher sich vor 8 Jahren eine spinale Kinderlähmung zugezogen hatte. Der Patient kam zu L., um sich die Hüfte mit Röntgenstrahlen untersuchen zu lassen. Er habe das Gefühl, als ob dort die Knochen aneinander reiben, er dort 2 Theile habe. Fast sämmtliche Muskeln des linken Beines sind von der Lähmung ergriffen. Die Hüfte kann nur noch durch den tensor fasc. lat., das Knie durch den M. biceps femoris, Fuss und Zehen durch den M. flexor digitor. und hallucis long. bewegt werden.

Bei dem langen Bestand des Leidens konnten hochgradige Abmagerungen und Deformitäten nicht ausbleiben. Es kam besonders zu Klumpfuss und Schlottergelenk in der Hüfte. Patient kann nur in der Weise gehen, dass er die linke Hand auf den Oberschenkel legt und damit denselben jedesmal nach der Beugung wieder streckt und zugleich das Knie durchdrückt.

Ich nahm nun ein Röntgenbild von Becken und Hüftgegend, um einen klareren Einblick in die Verhältnisse zu gewinnen und um zu entscheiden, ob der Knochenapparat an der Abmagerung Theil hat.

Patient lag bei der Photographie oder besser Radiographie mit dem Rücken auf der Platte. Das Bein wurde so gehalten, wie es am bequemsten für den Knaben war. Der linke Oberschenkel wurde stark abducirt und nach aussen rotirt, der rechte (gesunde) Schenkel wurde in derselben Weise, aber bei weitem weniger energisch bewegt.

Man sight auf dem Bilde sehr deutlich:

- 1. die pathologische Lage des linken Beins in der Hüfte. Der Femurkopf ist nach aussen gekehrt, der Trochanter major nach innen.
- 2. Die starke Abmagerung *) der Bein- und Beckenknochen.

Zwar entspricht die Differenz in den Dickendurchmessern der linken und rechten Seite auf dem Bilde nicht ganz derjenigen der Wirklichkeit. Denn da Patient auf der einen Seite abgemagert ist, reichte die linke Seite nicht soweit nach oben, als die rechte. Mithin war jene auch entfernter von der Strahlenquelle als diese und es musste dadurch zu ungleiehen Projectionen auf der Platte kommen. Aber selbst mit Berücksichtigung dieses Factors lässt sich nicht eine solche Differenz der Knochendicke herausrechnen, wie sie sich in dem vorliegenden Bilde offenbart. Es handelt sich also um eine wirkliche Knochenabmagerung.*)

^{*)} Die Redaction überlässt die Verantwortung dieses Terminus dem Herrn Vertragenden.

Tagesordnung.

3) Schuster: Anatomische Demonstration eines der Gesellschaft am 11. März 1895 klinisch vorgestellten Falles (Autorreferat.)

Schuster demonstrirt die anatomischen Präparate des Falles mit dem Projectionsapparat und an aufgestellten microscopischen Präparaten. jähriger Mann ohne Alcoholismus oder Lues erkrankte Oct 1833 mit Heises. August 1894 geringe Erschwerung in der Abduction der Stimmbänder, Pulsbeschleunigung. November 1894 Schwäche im rechten Arm mit Abmagerung desselben. Unbedeutendes "Reissen" im Arm. aller Beschwerden bis 1895. December 1094 Auftreten von Schluckbeschwerden. Januar 18.5 Aphonie. Mehrere Schwindelanfälle. 1>95 Aufnahme in Prof. Mendel's Klinik. Hier wurde folgendes Positive gefunden: Schwäche in beiden oberen und unteren faciales, Schwäche und Atrophie der Zunge, Gaumenlähmung, Schluckbeschwerden, absolute Aphonie. Stimmbänder in Cadaverstellung, Massenatrophie degenerativen Characters der Muskeln des rechten Arms, von oben nach unten abnehmend, Hypalgesie des rechten Arms ohne tactile Hypasthesie. Subjectives Schwäche. gefühl im rechten Bein bei objectiv absolut negativem Befunde der unteren Sehr lebhafte Patellarreflexe, Pulsbeschleunigung. - Tod Extremitäten. durch Bronchopneumonie. Die klinische Wahrscheinlichkeitsdiagnose hatte gliosis spinalis (besonders mit Rücksicht auf die Pupillendifferenz und die Sensibilitätsstörung) angenommen, eine chronische Poliomyelitis anterior allerdings nicht völlig ausgeschlossen. Anatomisch fand sich:

Erkrankung zweierlei Art der extramedullären Rückenmarkswurzeln: frische Erkrankung auf circumscripte Wurzelbezirke beschränkt inmitten älterer Affectionen der Markscheide diffuser Natur. Die vorderen extramedullären Wurzeln vom untersten Sacralmark bis zum unteren Brustmark zeigen beide Typen -- den ersten am deutlichsten in der Lendenanschwellung: die hinteren Wurzeln eben derselben Höhen zeigen ebenfalls beide Typen, besonders schön den ersten, während der zweite etwas schwächer als in den vorderen Wurzeln ist. Vom unteren Brustmark bis zum Bulbus haben die vorderen Wurzeln hauptsächlich nur ältere Veranderungen, die sich im obersten Brustmark besonders als hochgradige Die hinteren Wurzeln lassen vom unteren Brustmark Faserarmuth äussert. autwärts allmählich beide Erkrankungsformen vermissen und zeigen erst wieder im Halsmark ältere Veränderungen, welche jedoch nicht stark sind, wie die in den tieferen Rückenmarksbezirken. Die beschriebenen Wurzelaffactionen links ebenso wie rechts.

Ausserdem: unbedeutende Atrophien der Vorderhornzellen im unteren Lumbal- und oberen Sacralmark, äusserst suspectes Aussehen derselben beiderseits im unteren und mittleren Brustmark, sicherer beiderseitiger Zellscheund im oberen Brust- und unteren Cervicalmark. Von der 6. Cervicalwurzel nach oben nur noch sehr geringe Affection des linken Vorderhorns bei sehr starker Erkrankung des rechten.

Unsichere Systemat.-Degeneration der Burdach'schen Stränge in der Höhe zwischen 6.—7. Dorsalwurzel (nur auf Marchi-Präparaten schwach

Digitized by GOGIC

sichtbar), sichere Degeneration der beiden Burdach'schen Sträuge — besonders rechts — von der zweiten Dorsalwurzel bis zum Burdach'sehen Kern. Unbedeutende frische Erkraukungen der Vorder- und Seitensträuge, nach oben zunehmend.

Hochgradige Atrophie der Kerne des 12.—9. Nerven, geringe Erkrankungen im 7. Nerv Deutliche Degeneration der cerebralen Quintuswurzel und austretenden intramedullären Quintuswurzel. Hyperämie des R.M. Keine deutlichen interstitiellen Veränderungen. Kleine Blutungen im Boden des 4. Ventrikels. Faserverarmung mit Fettwucherung im n. radialis, medianus, ulnaris, vagus. Totale Degeneration beider recurrentes. Faserverschmälerung mit erhaltener Querstreifung in den Muskeln, Vermehrung der Muskelkerne.

Vortragender macht zum Schluss aufmerksam auf den Gegensatz zwischen Mangel klinischer Erscheinungen auf der linken Seite bei positivem anatomischen Befund und auf die Verbindung einer systematischen Vorderhornerkrankung mit Affectionen der sensibeln Wurzeln und Stränge. Er möchte das Krankheitsbild am liebsten noch mit zur chronischen Poliomyelitis anterior rechnen.

Discussion.

Rosin kommt zunächst auf die eigenthümliche Erkrankung der hinteren Wurzeln im Lendenmark zurtick. Derartige Affectionen seien in diesem Jahre von Moxter aus der v. Leyden'schen Klinik bei Tabes beschrieben worden. Er wisse nicht, ob der Autor diese Erkrankung mit zu den tabischen gerechnet habe, da die tabischen anders seien. habe er selbst diesen eigenthümlichen Zerfall der Nervenfasern beschrieben, ohne auf diese Frage einzugehen. Er könne ein mit Tabes combinirter Process sein oder er könne den eigenthümlichen Erkrankungen an den unteren Abschnitten des Rückenmarks angehören, welche als Erkrankungen besonders des conus terminalis beschrieben worden seien. Ferner wäre es auffallend, dass nur die Burdach'schen Stränge im Brustmark und nicht auch die Goll'schen am Halsmark betroffen seien. Es könne sich also nur um kurze Bahnen handeln, die, wie wir neuerdings durch Cajal wissen, sich auch in den Burdach'schen Strängen befinden. Drittens scheine ihm das Pigment bei der Atrophie des Hypoglossus nicht pathologisch zu sein. Durch die Atrophie trete das Pigment deutlicher hervor. Er halte es nicht für Pigment, sondern für pigmentirtes Fett.

Cron erwähnt, dass in der Klinik des Prof. Fränkel, wo der Fall zuerst beobachtet sei, eine diphtherische Lähmung angenommen sei, weil in der Anamnese eine Halsentzundung verzeichnet wäre. Er selbst konnte bald nachher keine Sensibilitätsstörung finden und nahm eine Kernerkrankung an. Vielleicht könne die diphtherische Natur zur Erklärung herangezogen werden, wofür die Betheiligung der peripherischen Nerven und auch wohl die Blutungen sprechen dürften.

Schuster: Rosin erwidert der Vortragende: Das Freisein der Goll'schen Stränge in den oberen Markbezirken ist allerdings sehr auffallend. Ebenso auffallend ist aber auch, dass die Burdach'schen Stränge im Lenden- und unteren Brustmark trotz der ziemlich starken Wurzelaffectionen fast intact sind. Die von Herrn Rosin angenommene

Erklärung der ersten Thatsache dürfte schon aus rein anatomischen Gründen nicht zutreffen. Denn die hinteren Wurzelfasern sind, so lange sie noch extramedullär sind, noch nicht in verschiedene Bündel (etwa die der langen und die der kurzen Fasern) getrennt. Eine Scheidung der Wurzelfasern in die zwei bekannten und auch entwicklungsgeschichtlich getrennten Gruppen erfolgt erst nach dem Wurzeleintritt. Aus diesem Grunde kann das eireumscript erkrankte Segment der hinteren Wurzeln auch nicht nur kurze Fasern enthalten. Aber selbst wenn wir dies einmal annehmen wollten (eine Annahme, die schon durch die Lage jenes eireumscripten Wurzelbündels an der medialen Wurzelseite unwahrscheinlich würde), so stiessen wir auf dieselben Schwierigkeiten. Es müssten nämlich beim Erkranktsein der kurzen Bahnen Lichtungen in dem Fasernetz des Hinterhorns resp. subst. spongiosa und in dem Fasernetz des Vorderhorns gefunden werden. Denn beide Fasernetze beziehen einen grossen Theil ihrer Fasern aus jenen kurzen Bahnen.

Ein solche Lichtung jener beiden Fasernetze wird aber ebenso vermisst wie die postulirten Veränderungen in den Goll'schen Sträugen.

Herrn Cron möchte S. erwidern, dass nach Erkundigung bei dem zuerst behandelnden Specialarzte keine Zeichen irgend welcher Halsentzundung beobachtet wurden.

Auf die Blutungen am Boden des 4. Ventrikels legt Vortragender keinen grossen Werth, da solche oft in agone entstehen.

4) Koenig (Dalldorf): Ueber Mitbewegungen bei gelähmten und nicht gelähmten idiotischen Kindern. (Autorreferat.)

Vortragender weist einleitend darauf hin, dass trotz einer ganzen Reibe casuistischer Mittheilungen über Mitbewegungen, es bis jetzt an der methodischen Untersuchung eines grösseren Materials fehlt, welches namentlich die sämmtlichen mannigfachen Formen der cerebralen Kinderlähmung und nicht nur die Hemiplegien umfasst; ferner fehle es bis jetzt an einer analogen Untersuchungsreihe an nicht gelähmten idiotischen Kindern, eine Lücke, deren Ausfüllung mit Rücksicht auf die Thatsache, dass bei Kindern und noch mehr bei idiotischen Kindern eine bedeutende Tendenz zu Mitbewegungen bestehe, wünschenswerth erscheine.

Die Untersuchungen Koenig's erstreckten sich auf 46 Fälle von cerebraler Kinderlähmung der verschiedensten Art und auf 38 nicht gelähmte idiotische Individuen im Alter von 7—21 Jahren.

Vortragender unterscheidet 4 Arten von Mitbewegungen:

- Typische oder correspondirende Mitbewegungen (Westphal's "identische M."), d. h. solche Mitbewegungen, bei denen dieselben Muskeln der gegenüberliegenden Extremität in Action versetzt werden.
- 2. Unregelmässige, correspondirende M., die darin bestehen, dass zwar dieselben Glieder der anderen Seite, aber nicht in genau derselben Weise und Ausdehnung in Thätigkeit treten.
- 3. Atypische Mitbewegungen (Senator's "asymmetrische Mitbewegungen"), nämlich solche, die in irgend welchen beliebigen nicht correspondirenden Muskeln auftreten.
- 4. Reflectorische Mitbewegungen, welche durch einen peripheren Reiz (Nadelstiche) ausgelöst werden.

K. fasst das Thatsächlichste der von ihm gewonnenen Resultate zusammen wie folgt:

- 1. Mitbewegungen fehlten ganz: bei den Gelähmten in ca. 15 $^{0}/_{0}$, bei den nicht Gelähmten in 34 $^{0}|_{0}$.
- 2. Alle Arten der bei Gelähmten zur Beobachtung gelangten Mitbewegungen fanden sich auch bei den nicht Gelähmten mit Ausnahme der reflectorischen M.-B.

Die hervorstechendsten Unterschiede zwischen beiden bestehen darin, dass bei Gelähmten die Mitbewegungen häufiger sind, im Allgemeinen mit grösserer Intensität auftreten und, wie es K. schien, seltener durch den Willen bezw. durch Uebung zu unterdrücken sind.

- 3. Die M.-B. bevorzugen keine Form der cerebralen Kinderlähmung besonders, hingegen scheint es, dass bei reinen Hemiplegien diejenigen Fälle, in welchen M.-B. sowohl bei Bewegungen der gelähmten als der nicht gelähmten Finger auftreten, überwiegen über die, in welchen M.-B. nur einseitig sich finden.
- 4. Bestätigt sich die bereits bekannte Thatsache, dass die M.B. in den Fingern diejenigen sind, welche am seltensten fehlen und denen daher die meiste Bedeutung zukommt.
- 5. Was die pathologisch-anatomischen Befunde anbetrifft, so bekräftigen die Befunde des Verfassers die Erfahrung, dass M.-B. sowohl in Fällen von Erkrankung der Rinde als der grossen Ganglien vorkommen; ferner kann K. hinzufügen, dass er M.-B. beobachtet hat bei Erkrankung der Pyramidenbahnen, wie bei Intactheit derselben.
- 6. Bei den nicht gelähmten Idioten wurden M.-B. bis zum 18. Jahre. In 3 Fällen, die älter waren, fehlten dieselben. (Zufall?)
- 7. Ein gesetzmässiges Verhalten für die Häufigkeit der M.-B. mit Rücksicht auf das Alter dieser nicht gelähmten Idioten hat sich nicht ergeben. —

Was die Ursache der M.-B. anbetrifft, so hat K. in Uebereinstimmung mit Senator und M. Sander keine Veranlassung gefunden, die von Hitzig seiner Zeit aufgestellte Theorie zu verlassen. — (Eine ausführliche Bearbeitung dieses Gegenstandes erscheint demnächst in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde.)

Discussion.

Katz hat seit einer Reihe von Jahren dieselbe Frage im Kaiser Friedrich-Kinderkrankenhaus verfolgt und die absteigenden Degenerationen untersucht. Ihm ist aufgefallen, dass in fast allen Fällen die Pyramidenbahn auch auf der nicht gekreuzten Seite erkrankt ist, was besonders auf Photographien hervortrete. Die dafür gegebene Erklärung scheine ihm nicht zu genügen, sondern es lägen wohl wesentlich complicitere Verhältnisse zu Grunde. Er glaubt, dass von einem Bezirk der motorischeu Rindencentren aus beide Seiten versorgt werden, und geht des Näheren auf die Litteratur dieser anatomischen Frage ein Er habe aber auch in klinischer Hinsicht systematisch auf die Mitbewegungen geachtet und gefunden, dass bei den intelligentesten Kindern dieselben am frühesten fortfallen (in Uebereinstimmung mit dem Vortragenden). Die geistig etwas zurückgebliebenen Kinder suchten immer die andere Hand mitzubewegen. Auch die Kinder mit adenoiden

Vegetationen hatten die Mitbewegungen noch ausserordentlich lange. Er sei nahezu zu denselben Resultaten gekommen wie der Vortragende und habe sowohl bei den gelähmten wie nicht gelähmten Idioten dieselben Gruppen unterschieden.

Rotmann betont, dass seine experimentellen Versuche beim Thiere gegen eine Verknüpfung der Hirnrinde durch Pyramidenbahnen sprechen. Die Frage, ob sich das beim Menschen anders verhalte, bedürfe noch weiterer Untersuchungen.

Remak hat vielfach Mitbewegungen gesehen, namentlich symmetrische bei cerebralen Lähmungen, seltener bei Versuchen, die gesunde Seite zu bewegen, in der gelähmten, als in umgekehrtem Sinne. Uebrigens sehe man solche Mitbewegungen gar nicht selten bei peripherischen Lähmungen, je ungebildeter der Patient ist, desto mehr. Sie kommen nicht nur auf der der Lähmung entgegengesetzten, sondern auch auf der gleichen Seite vor. Dazu besonders disponirt sei die Hand, worin er dem Vortragenden beistimme. Bei einer peripherischen Typhuslähmung des Peroneus hob eine gebildete Dame während der Uebungsversuche mit dem Bein unwillkürlich die Hände in die Höhe. Das hörte auf, sobald man sie darauf aufmerksam machte. Bei jedem Menschen, nicht bloss beim Idioten, bestehe eine Tendenz zu Mitbewegungen. Es handle sich immer um ein gewisses mehr oder weniger.

III. Referate und Kritiken.

A. Ailgemeine Psychopathologie.

5) John Turner (Essex County Asylum): Statistics dealing with hereditary insanity based on upwards of a thousand cases.

(The Journal of ment. science, 1896 Juli)

Turner tritt in dieser fleissigen Arbeit den Hereditätsverhältnissen bei Geisteskranken näher und leitet sie mit den Besultaten von Baillar ger und Leubuscher ein. Nur in wenigen Anstalten werden nach seiner Zusammenstellung brauchbare Daten gesammelt.

Bei dem grossen Material des Essex County Asyls stellte er im Laufe der letzten Dekade über 1000 Fälle von Heredität zusammen, die er auf 3 Tafeln näher erläutert. Die erste zeigt uns den Grad der Verwandtschaft und die Zahl der geisteskranken Verwandten nebst einer procentualen Berechnung zwecks Vergleich zwischen kranken Söhnen und Töchtern.

Klar tritt hier der grössere Eiufluss der Mutter zu Tage. Auch ist die Frage der Geisteskrankheit und des Trunkes genau berücksichtigt.

In der zweiten Tafel sind die kranken Nachkommen von kranken Eltern nach Geschlecht getrennt und kamen auf die kranke Mutter wie den kranken Vater mehr kranke Töchter als Söhne.

In einer dritten Tabelle zählt Turner nur die Imbecillen und Pubertätsschwachsinnigen nach eigenem und der Eltern Geschlecht getrennt, nach Geisteskrankheit und Trunksucht unterschieden, auf.

Alle seine Ergebnisse vergleicht der Verfasser mit denen anderer,

besonders amerikanischer Aerzte und bespricht ihr Verhalten zum Darwinschen Gesetz von der Vererbung.

Die Arbeit enthält viel Interessantes und ist für ähnliche Arbeiten beachtenswerth, zumal betreffs der Frage, ob die Verhältnisse in England denen auf dem Continent entsprechen, wie sich gegen Amerika schon ein Unterschied herausstellte.

A. Papow · Friedrichsberg.

6) J. A. Hirschl: Die Aetiologie der progressiven Paralyse; eine klinische Studie. (Aus der psychiatrischen Klinik des Herrn Hofrathes Freiherrn v. Krafft-Ebing.)

(Sep-Abdr. aus den Jahrb. f Psych. und Neurol., XIV. Bd., 3. H.)

Hirschl grundete seine Arbeit auf Beobichtungen, die er an 200 männlichen Paralytikern der Krafft-Ebing'schen Klinik gemacht hat, von denen er bei 175 eine genaue Anamnese erheben konnte; eine tabellarische Uebersicht über diese Fälle eröffnet die Arbeit. Das Durchschnittalter bei Beginn der Erkrankung war 40-15 Jahre, 4 der Erkrankten waren noch nicht 20 Jahre alt, 50 waren ledig, darunter ein katholischer Geistlicher, der früher sicher Lues gehabt hatte; 40 Krauke, also 200, waren mosaischer Confession, von diesen waren 7 erblich belastet; unter den 160 Nicht-Juden konnte noch bei 15 Kranken schwere hereditäre Belastung nachgewiesen Den anamnestisch nachweisbaren psychischen Ursachen will H. ebensowenig wie körperlichen Strapazen, Feldzügen, Sonnenstich oder Trauma eine wesentliche ätiologische Bedeutung beimessen, letztere können aber als veranlassendes Moment bei syphilitisch inficirt Gewesenen die Paralyse einleiten; ip ähnlicher Weise kann vielleicht der Influenza die Bedeutung eines veranlassenden Momentes zukommen; andere acut: Infectionskrankheiten kommen auch nicht einmal als solches in Betracht. Alcohol und Blei erzeugen wohl der Paralyse ähnliche Geistesstörungen, aber nicht die progressive Paralyse.

Bei der Besprechung der Beziehungen zwischen Paralyse und Syphilis setzt H. zunächst ausführlich auseinander, worauf man bei der Untersuchung zu achten hat, und nach welchen Kriterien hin er die Syphilis als sicher tiberstanden oder nur als wahrscheinlich erachtete. Er constatirte dann, dass unter seinen 175 Fällen, bei denen eine genaue Anamnese erhoben werden konnte, 98 d. h. 560 mit Sicherheit Syphilis durchgemacht hatten; bei 44 d. h. 25% war Syphilis wahrscheinlich vorhergegangen und bei 33 d. h. 190₀ war Syphilis nicht nachzuweisen. Zum Vergleich zog er Zahlen heran, die er aus der Beobachtung von 63 an Spätformen der Lues erkrankten Männern der syphilitischen Klinik von Prof. Lang gewann; bei diesen 63 Kranken konnte in ca. 540 Syphilis als sicher überstanden anamnestisch nachgewiesen werden; in 9,5 0/0 machte die Anamnese überstandene Syphilis wahrscheinlich und in 36,5 % liessen sich aus den anamnestischen Angaben keine Anhaltspunkte für eine acquirirte oder hereditäre Lues gewinnen. Aus diesen Zahlen geht jedenfalls so viel hervor, dass, wenn sonst gewichtige Anhaltspunkte bestehen, Paralyse und Syphilis in einen gewissen Zusammenhang zu bringen, die 1900 der Fälle mit negativer Anamnese nichts gegen diese Annahme beweisen. Digitized by Google

H. wendet sich dann der Besprechung der anatomischen Befunde bei Paralyse und ihres Verhältnisses zur pathologischen Anatomie der syphilitischen Erkrankungen zu und meint, dass kein Grund vorhanden sei, diese Befunde nicht als syphilitische Periencephalitis und Encephalitis zu deuten. Ebenso meint er bei einem Vergleich gewisser Einzelsymptome der Paralyse (reflectorische Pupillenstarre, Diplopie, Opticusatrophie, Ophthalmoplegie, Tabes dorsalis), dass "kein Grund vorhanden sei, diese sogenanuten Symptome nicht für der Paralyse coordinirte Manifestationen der Syphilis zu halten." Den Einwand, dass eine antisyphilitische Therapie ohne Einfluss auf den Verlauf der Paralyse sei, sucht er durch eine Beihe von eigenen Beobachtungen und von Veröffentlichungen anderer Autoren zu entkräften, nach denen nach einer specifischen Behandlung erhebliche Remissionen eingetreten seien. (?)

Die Paralyse ist also eine Spätform der Syphilis; ausser dieser ist aber noch eine gewisse Familiendisposition nothwendig, um den Ausbruch einer Paralyse zu ermöglichen. Ausgehend von der Thatsache, dass einmaliges Ueberstehen der Syphilis das Individuum gegen eine Neuinfection in der Regel schützt, oder dass mindestens eine nochmals acquirirte Syphilis wesentlich milder zu verlaufen pflegt als die erste Erkrankung, dass aber anderseit: das Syphiliscontagium beim Uebergang auf eine bis dahin noch nicht inficirte Menschenrasse gewöhnlich auffallend schwere Krankheits. erscheinungen zu verursachen pflegt, meint der Verfasser, dass es eine Immunität gegen Syphilis giebt. "welche natürlich intensiver ist im Bereiche einer inficirten Person oder Familie als im Bereiche eines inficirten Volksstammes." Die schweren, malignen Formen der Syphilis werden wir also dort vorfinden müssen, wo die Immunität fehlt oder nur mangelhaft entwickelt ist, d. h. bei den Familien, in deren Ascendenz durch grosse Zeiträume keine Syphilis vorgekommen ist. Lässt sich nun nachweisen, dass die Paralyse, eine schwere Erscheinung der Syphilis, nur in solchen Familien vorkommt, so ware damit auch erwiesen, "dass der Mangel jeglicher durch Syphilisinfection der Ascendenz bedingten Syphilisimmunität die Familiendisposition für die Paralyse bildet." Hirschl bezeichnet diese Ausführungen selbst nur als Hypothese; er findet aber ihre Stütze darin, dass er auffallend häufig und namentlich die schwersten Formen der Paralyse bei Juden und bei Leuten gefunden hat, die vom Lande herstammten, also bei Bevölkerungsschichten. die - wenn auch aus verschiedenen Gründen - bis vor Kurzem noch wenig am allgemeinen Verkehr und an der allgemeinen Cultur, incl. Syphilis, Theil genommen haben, denen also wenig Gelegenheit zur Ererbung einer Syphilisimmunität geboten war. Anderseits ist er geneigt, das gegenwärtige Vorwiegen der dementen Form der Paralyse. die er als die leichtere auffasst, in der städtischen Bevölkerung auf die grössere Verbreitung der Lues und auf die dadurch bedingte Abnahme der Familiendisposition zurückzuführen. Verf. weiss sehr wohl, dass diese Ausführungen durchaus nicht einwandsfrei sind und erachtet selbst den versuchten Nachweis der familialen und der Völkerdisposition für Paralyse keineswegs als erbracht, er meint aber doch, dass es auf diesem Wege vielleicht möglich ist, zu erklären, warum nur einzelne syphilitische Individuen an Paralyse erkranken. -

Die Ergebnisse seiner umfangreichen Untersuchungen fasst H. am Schluss dahin zusammen, dass "die progressive Paralyse nichts anderes ist als eine Spätform der Syphilis, eine Encephalitis syphilitica der Rindensubstanz mit schliesslichem Ausgang in Atrophia cerebri syphilitica."

Falkenberg.

7) Löwy-Basel: Geistesstörung nach Cataractextractionen. (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 52.)

Im Anschluss an die Schilderung eines solchen Falles aus der Baseler Irrenanstalt ventilirt Verfasser noch einmal die Frage nach der eigentlichen Ursache dieser Störungen, die in Augenkliniken nicht so selten beobachtet werden. Sie bestehen in Uebergängen von einfacher Verstimmung, Starrköpfigkeit, Unzufriedenheit, Widerspenstigkeit bis zu Verwirrtheits- und Angstruständen mit Hallucinationen und treten 20 Stunden bis 6 Tage nach der Operation ein. Es handelt sich zumeist um Leute von über 60 Jahren, und es wird von den Autoren daher Senium als Hauptursache angegeben; daneben noch Alcohol und "ein der Nostalgie ähnlicher Gemüthsaffect" (Sichel). Nach Schmid-Rimpler entstehen diese Psychosen durch Aufenthalt im Dunkelzimmer und resultiren die Gesichtshallucinationen aus dem plötzlichen Verlust des Gesichtssinnes; allmähliches Erblinden führt nicht dazu. Schnabel betrachtesie als Greisendelir, die Operation ist Gelegenheitsursache. Nun hat aber im Jahre 1890 v. Frankl-Hochwart unter 27 Fallen 6 angeführt, die Personen in den 30er Jahren betrafen. Sie als Greisendelirien zu betrachten, ist daher unrichtig, und ausserdem sind diese ja blosse Zustandsbilder im Verlauf der senilen Demenz im Gegensatz zu dem typischen wohlcharacterisirten Symptomencomplex, der hier in Frage steht. Nach der Meinung des Verfassers dürfte als eine Hauptursache der Umstand in Betracht kommen, dass der Kranke nichts davon weiss, dass er nach der Operation in vollständiger Dunkelheit bleiben werde, und ausserdem der plötzliche Umschlag von hell zu dunkel mit dem Ausfall so vieler Sinnesreize einwirke. Wolff-Münsterlingen.

8) Anerbach-Frankfurt: Die in Folge von Nierenkrankheiten entstehenden psychischen Störungen. (Allg. Zeitschr., Bd 52.)

Damit eine Psychose als Folge einer Nierenkrankheit angesprochen werden könne, müssen 2 Postulate erfüllt sein: die Nierenkrankheit muss mit Sicherheit schon vor Ausbruch der Psychose festgestellt sein und es dürfen bei der Section keine Gehirnveränderungen gefunden werden, welche mit der Psychose zusammenhängen können. Hiebei darf man nicht ausser Acht lassen, dass in vielen Fällen von Verwirrtheit und Benommenheit und in bestimmten Stadien von Manie Eiweiss im Urin gefunden wird. Verf. beschreibt die Fälle aus der Frankfurter Irrenanstalt und zieht die Litteratur, besonders der 80er Jahre, zur Betrachtung heran. Man hat, nach seiner Ausicht, entweder au eine Veränderung der Ernährungsflüssigkeit zu denken, oder an eine direct toxische Wirkung der im Blut kreisenden Stoffe; denn wahrscheinlich hat die Psychose eine urämische Basis, wie es die Meinung der Mehrzahl der Autoren ist. Allerdings können auch Hyperämie und Anämie des Gehirns an den Störungen betheiligt sein und eine kleine

Anzahl kann der allgemeinen Schwächung ihre Entstehung verdanken. Eine specifische Form hat die psychische Störung nicht, aber sie hat doch einen bestimmten Character, sie ist einfacher, nicht so persönlich wie andere Psychosen und nicht so abhängig von der Individualität des Betroffenen. Ein melancholischer Grundzug, wie er überhaupt bei Nephritikern vorkommt, fehlt selten, Furcht vor Vergiftung, Sucht zu entfliehen und Hallucinationen drohender Art werden am meisten beobachtet. Eine Systembildung kommt nicht vor. Die Prognose ist dubiös und richtet sich nach der Prognose der Nierenkrankheit. In einem der angezogenen Fälle (Wille) soll die Psychose chronisch geworden sein. Wolff.

9) L. Finkelstein: Dementia acuta in Folge von Gaz-pauvre-Vergiftung. (Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie, XV, H. 1.)

Bei der Remonte eines Cylinders, welcher zur Gewinnung von Gazpauvre*) dient, verunglückten in Folge der CO-Vergiftung innerhalb 10 Minuten zwei Arbeiter. Der eine war augenblicklich todt, während der zweite bewusstlos aus dem Reservoir heraufgezogen wurde. Nach Verlauf von 24 Stunden kam der Verunglückte zu sich, konnte angeben, wo er angestellt gewesen etc, er wusste jedoch nicht, wie er in das Gasreservoir hineingelangt und was mit ihm vorgegangen war. Im Anschluss an diesen Unfall wurde der Mann nach den Angaben seiner Frau mürrisch und apathisch, machte verkehrte Handlungen, so dass sie ihn einer Irrenanstalt Man beobachtete daselbst anfangs einen stuporösen Zustand. eine vorübergehende Aufregung, verkehrte Handlungen (z. B. er benutzte ein fremdes Bett) und zeitweise eine ungleiche Iunervation der beiden Gesichtshälften. Es bestanden ferner eine harnsaure Diathese und eine erhöhte Reflexerregbarkeit. Die Pupillen reagirten. Im Verlaufe von etwa 5 Wochen besserte sich der Kranke, aber eine retrograde Amnesie blieb. Er wusste weder von einer Erkrankung, noch von den Umständen, die 2-3 Stunden dem Unfall vorhergegangen waren. - Was die Amnesie betrifft, meint Verfasser, er habe eine solche Beobachtung in der Litteratur der CO-Vergittung nicht angetroffen und verweist zum Verständniss auf die analogen bekannten Beobachtungen Wagner's nach der Wiederbelebung Erhängter. Es sei dagegen hier erwähnt, dass Charcot die amnésie oxycarbonée sehr genau beschreibt. "Cette amnésie appartient bien et dûment à la nosographie de ce genre d'intoxication" (Leçons du mardi, p. 369, II, 1890). Weiter ist zu bemerken, dass die Schlussfolgerung Wagner's doch nicht unangefochten dastehen, sondern dass Möbius die retrograde Amnesie in Anlehnung an Charcot für eine Erscheinungsform der traumatischen Hysterie erklärt. Es ist durchaus nicht erwiesen, dass es sich thatsächlich im vorliegenden Falle um eine Dementia acuta gehandelt hat. Die Angaben über das Vorleben des Kranken, speciell über eine sseelische Veranlagung, fehlen. Eine Prufung des Gesichtsfeldes und der Sensibilität wurden nicht vorgenommen, Einwände, es könnte sich möglicher Weise um

^{*)} Kohlenoxyd-Gas, welches eine Spur lichterzeugender Bestandtheile enthält.

eine traumatische Hysterie im Anschluss an die Vergiftung handeln, sind daher nicht von der Hand zu weisen. — Behr-Riga.

10) Redlich und Kaufmann: Ueber Ohruntersuchungen bei Gehörshallucinanten.

(Wiener klinische Wochenschrift 1896, 33.)

Die Verfasser veröffentlichen ihre Resultate von Ohruntersuchungen bei 81 Gehörshallucinanten und knüpfen an dieselbe eine kritische Besprechung der bestehenden Theorien der Gehörshallucinationen. Die Verfasser kommen zu dem Schlusse, dass für das Zustandekommen der Gehörshallucinationen ausser einer eigenthümlichen Störung der Gehirnthätigkeit meist ein Reizzustand der für die Aufnahme von Gehörseindrücken in Betracht kommenden Apparate vorhanden sein muss; in vielen Fällen besteht eine Affection des peripheren Sinnesorgans, in einigen handelt es sich bloss um functionelle Schädigungen oder um anderweitig ausgelöste Reizzustände in der nervösen Sinnesbahn bis zur corticalen Endausbreitung. Dieser Auffassung möchte Referent einige Zweifel entgegenstellen.

Zunächst wiesen die Verfasser bei 6300 von an acuter Geistesstörung leidenden Gehörshallucinanten Veränderungen im peripheren Sinnesorgan nach. Dass wir in diesen Fällen oder wenigstens in einer grossen Zahl derselben berechtigt sind, an einen causaleu Zusammenhang zwischen Ohraffection und Gehörstäuschung zu denken, möchte Referent nicht bestreiten; es spricht hierfür schon die Thatsache, dass die Hallucinationen dieser Art Kranken meist "unvermittelte" (Ziehen) Hallucinationen sind, nicht in allen Fällen vorhanden sind und demnach wohl durch accidentelle Erkrankungen hervorgerufen sein können.

Bei den an Paranoia leidenden Hallucinanten fanden die Verfasser nur bei 440 Gehörveränderungen. Wenn sie trotzdem auch hier annehmen, dass für das Zustandekommen der Gehörshallucinationen neben der corticalen Erkrapkung ein Reizzustand in den peripheren Organen nothwendig sei, so scheinen sie in ihren Schlussfolgerungen zu weit gegangen zu sein. Auch der Versuch, ihre Behauptung zu stützen durch die Constatirung von weiteren 25% zweifelhafter Fälle sowie durch die Annahme, dass es sich in den anderen Fällen um functionelle Störungen handelt, scheint dem Ref. wenig glücklich. Es ist schon an sich fraglich, ob wir alle Gehörsveränderungen, vom Ceruminalpfropf bis zur Mittelobreiterung und Labvrintherkrankung, für unseren Fall als gleichwerthig betrachten dürfen. Sodann muss aber Referent darauf hinweisen, dass die Gehörshallucination ein fast regelmässiges und integrirendes Krankheitssymptom der Paranoia darstellt, so dass es nicht wohl angängig ist, dasselbe von dem Bestehen jener rein accidentellen Erkrankung abhängig zu machen. — Die Verfasser haben jedoch das wesentliche Verdienst, auf das häufige Vorkommen von Gehörsveränderungen bei Hallucinationen in exacter Weise hingewiesen zu haben, wenn auch ihre Schlüsse nicht völlig unanfechtbar erscheinen.

Lehmann (Werneck).



11) Richard Traugott (Breslau): Beitrag zur Casuistik der isolirten Gesichtshallneinationen.

(Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 28.)

Es handelt sich um einen in der Wernicke'schen Poliklinik für Nervenkrankheiten beobachteten Fall bei einer 75jährigen Frau mit beiderseitigem Cataract, welche bei ganz intactem Bewusstseinsinhalte und guter Intelligenz an isolirten Gesichtshallucinationen litt, welche dieselbe trotz ihrer grossen Sinnlichkeit stets als solche erkannte. Die sonstigen Klagen bezogen sich auf heftigen Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit und zeitweiliges Ohrensausen.

Die Gesichtstäuschungen erschienen, wenn die Kranke mit dem Rücken nach dem Fenster zu sass, unterhalb der linken oberen Zimmerecke und bewegten sich ziemlich langsam nach der rechten Kante des Zimmers, um an der rechten Wand allmählig zu verblassen und zu verschwinden, worauf dann (manchmal schon kurz vor dem Verschwinden der ersten) ein neues Bild in der linken Zimmerecke auftrat und denselben Weg nahm u. s. w. Die Bilder traten ganz unbeeinflusst von der Farbe des Hintergrundes aus einem weissen oder gelben Schein vom Ausehen einer Wolke hervor, hatten mitunter einen prächtigen Rahmen und stellten alle möglichen Gegenstände oder Personen (oft ganze Scenen) in allen möglichen Farbeu und in natürlichem oder verkleinertem Maassstabe vor, welche den Hintergrund ver-Gelegentlich hatten die Bilder auch einen anderen Typus. Bilder erreichten häufig einen ausserordentlich hohen Grad von sinnlicher Lebhaftigkeit, so dass die Kranke manchmal getäuscht wurde.

Unter galvanischer Behandlung des Kopfes begann nach ca. 18 Tagen mit den übrigen Beschwerden auch die Production der Hallucivationen an Zahl und Intensität allmählig zu schwinden und hörte schliesslich ganz auf.

Die Art des Auftretens der Hallucination (aus einem weissen oder gelben Schein) und hire Bewegung von links und rechts weist auf periphere Ursachen (beiderseitiger Cataract?) hin, während das Zustandekommen selbstverständlich von cerebralen Störungen abhängig zu denken ist. Gewöhnlich kommen solche isolirte als Sinnestäuschungen erkannte Hallucinationen bei Erkrankungen vor, die auf der Grenze zwischen Neuropathien und Psychopathien stehen, also besonders bei der Hysterie und Neurasthenie.

Hoppe.

12) Vorster (Stephansfeld): Ueber einen Fall von geringgradiger chronischer Compression der Medulla oblongata und des oberen Halsmarks durch den Proc. odontoid. bei einem Paranoiker. Zugleich ein Beitrag zur Entstehung der Wahnideen durch Allegorisirung körperlicher Empfindungen.
(Allgemeine Zeitschrift, Bd. 52)

Verf. berichtet über einen Fall von Paranoia mit physikalischem Verfolgungswahn, zu dem später sich auch Grössenideen binzugesellt hatten. Der Kranke starb 7 Jahre nach der Erkrankung an Tuberkulose. Bei der Section fand man eine Depression des processus odontoideus, wodurch leichte Compression der Medulla oblongata bewirkt worden sein musste, deren Spuren als leichte Einsenkung an der Vorderfläche derselben kenntlich waren; Entzundungserscheinungen fehlten an der Stelle, dagegen waren Veränderungen der Nervensubstanz, wie sie Strümpell als Folge von Digitized by GOOS

Compression beschreibt, vorhanden. Caudalwärts von der comprimirten Stelle fand sich eine zweite, krankhaft veränderte in der Gegend des 2. Cervicalnerven. Hier bestanden Entzündungserscheinungen einer chronischen interstitiellen Myelitis. Diese beiden Stellen waren durch eine gesunde Zone geschieden, daher kein Zusammenhang zwischen ihnen und die letztere also wahrscheinlich eine Folge derjenigen Krankheit, welche obige Knochendeformität bewirkt hatte, der Tuberkulose. Irgend erhebliche motorische Störungen hatte der Kranke nicht gehabt: er trug nur den Kopf etwas steif und klagte über Schmerzen im Hinterkopf und Nacken; ausserdem hatte er die Angewohnheit, sich am Tage wiederholt mit der Faust auf den Hinterkopf und in das Genick zu schlagen. Er fühlte sein Rückgrat durchbohrt, seinen Nacken mit electrischen Batterien und Hohlspiegeln bearbeitet und sein Hirn vergiftet. Dass dies die Allegorisirung peripher bedingter Sensationen sei, war intra vitam nicht festgestellt worden.

Wolff (Münsterlingen).

13) Lührmann (Dresden): Ueber Krämpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter.

(Allgemeine Zeitschrift, Bd. 52)

Nach rechtzeitiger Befreiung Erhängter beobachtet man zuweilen folgende 4 Erscheinungen: 1. Krämpfe, 2. eine mehr oder weniger grosse Erinnerungslücke, 8. eine, meist bald vorübergehende, Geistesstörung und 4. Besserung einer etwa vorhanden gewesenen Psychose. Eines dieser Glieder kann fehlen oder nur angedeutet sein. Betreffs der beiden ersten Punkte, der Krämpfe und der Amnesie, haben die von Möbius und Wagner wieder aufgenommenen Erklärungsversuche gelehrt, wie wenig man darüber einig ist. Verf. kann 2 Fälle zu weiterer Aufklärung beibringen.

Im I. Fall zeigten sich Bewusstlosigkeit, heftige Bewegungen mit Armen, Beinen und Kopf, schlagend und stossend; Spasmus der Kiefermuskulatur; keine clonischen Krämpfe; keine Reaction auf Anrufen; Pupillen weit, ohne Reaction auf Licht, Cornealreflexe erloschen. Dauer 1 2 Stunden.

Im II. Fall regelloses Umsichschlagen, Herumkollern unter Blöcken, als sei Verstellung im Spiele. Nach 10 Minuten Erwachen und auf Vorstellungen Seitens der Umgebung Repetition desselben Zustandes; Cornealreflexe und Pupillenreaction waren erhalten, auf Aurufen Reaction mit Grunzen.

Im II. Fall waren die Krämpfe zweifellos hysterischer Natur, auch bestanden bei dem Betreffenden anamnestisch-hysterische Anzeichen (Anfälle und Sensibilitätsstörungen). Hier hat demnach Möbius Recht. Der I. Fall aber spricht für Wagner, der Asphyxie und Verschluss der Carotiden verantwortlich macht. Dies dürfte auch nach Verfassers Ansicht für die meisten Fälle giltig sein. Bezüglich der Amnesie ist es von forensischer Wichtigkeit, dass sie oft noch Stunden vor dem Selbstmordversuch einschliesst und dass also eine kurz vor diesem begangene oriminelle Haudlung noch in ihrem Bereich liegen kann.

Wolff (Munsterlingen).

14) Samuel Edgerley: Certain conditions of the Circulatory System in the Insane.

(The Journal of ment. science. 1896, Juli.)

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage des Einflusses von Circulationsstörungen auf Geisteskranke. Die Zahl der an Herzfehlern und Gefässveränderungen erkrankten Irren ist eine sehr grosse, 6-12 und $19^{\,0}$, je nachdem sie aus Land- oder Stadtbezirken stammen.

Ein geistig Gesunder, der mit einem Klappenfehler behaftet ist, kann zu Zeiten das Bild eines maniakalisch Erregten oder auch melancholisch Bedrückten, sogar mit hypochondrischen Ideen, bieten, zumal in höheren Graden nicht oder schlecht compensirter Herzfehler. Selbstverständlich bietet ein Geisteskranker unter diesen Umständen ein viel schwereres Bild.

So verlangen sonst nicht sehr wichtige functionelle Störungen bei Geisteskranken eine erhöhte Beachtung.

Verfasser bespricht dann auch das Vorkommen von Sectionsbefunden nicht intra vitam constatirter Störungen des Gefässsystems und schliesst seine Arbeit mit mehreren interessanten Krankengeschichten.

A. Passow (Friedrichsberg).

B. Degenerationslehre.

15) P. Näcke: La psychologie criminelle.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Sept. 1893.)

16) P. Näcke: Ueber Criminalpsychologie.

(Separat-Abdruck aus der Zeitschrift für ges. Strafrechtswissenschaft, Bd. XVII, H. 1.)

Es ist derselbe Aufsatz, welchen N. nach einem Vortrag auf dem internationalen Congress für Psychologie einmal in französischer Sprache, dann (nur unwesentlich gekürzt) in deutscher Sprache veröffentlicht hat.

N. führt aus, dass die Criminalpsychologie sich auf die Gewohnheitsverbrecher beschränken und dass von diesen noch die gerade hier so häufigen Geisteskranken, Epileptiker, besonders aber die Schwachsinnigen der verschiedenen Färbungen in Abzug gebracht werden müssen, auf deren Conto das meiste der Criminalpsychologie komme.

Eine Analyse des Seeleulebens der so reducirten Zahl der Gewohnheitsverbrecher zeige aber nur quantitative Abweichungen von der Psychologie des niederen Volkes, aus welchem die meisten Gewohnheitsverbrecher
stammen. Wenn N. auch zugiebt, dass man, was die Psychologie der
niederen Volksschichten anlange (worunter er die dienende Klasse, die
Hand- und Fabrikarbeiter, aber auch den ungebildeten Bauernstand versteht)
fast nur auf den groben Eindruck beschränkt sei, so glaubt er doch, dass
seine Erfahrungen eine gewisse Giltigkeit beanspruchen dürfen, da er viel
und lange mit dem niederen Volke verkehrt und die Volksseele belauscht
habe. Dabei kommt aber das niedere Volk, besonders auch der Bauernstand, schlecht weg.

Das niedere Volk habe stumpfere Sinne, die Reactionszeiten seien längere, die Aufmerksamkeit mangelhaft, das Erinnerungsvermögen ein geringeres: die geringere Ausdauer beim Denken, der Mangel an Phantasiethätigkeit beeinflusse die Associationsthätigkeit, führe zu oberflächlichen

Digitized by GOOGIC

Urtheilen und Kritiklosigkeit, daher der Aberglaube und die Suggestibilität. Besonders hebt N. die geringe Entwicklung des Intellects hervor. Der Schädel soll beim niederen Volke besonders im Stirntheil weniger geräumig sein und eher verknöchern, auch das Gehirn etwas leichter sein als in den besseren Ständen (? Ref.), dazu komme die häufige Trunksucht der Eltern. Der geringen Intelligenz entspreche die geringe Willensenergie, wenn es sich nicht um Befriedigung der nächsten Bedürfnisse handle. Auch ethisch finde sich im Allgemeinen eine Abstumpfung beim niederen Volke, wie der krasse Egoismus besonders auf dem Lande, wie der Mangel an Liebe, Anhänglichkeit, Pietät, die geringere Entwicklung der altruistischen Gefühle, der Hang zu Grausamkeit, Lügenhaftigkeit, die sexuelle Laxheit beweise. Dazu komme das stärkere Affectleben, das leichtere Durchbrechen der Triebe und der geringere Widerstand gegen Verführungen.

N. macht somit den Versuch, die niederen Schichten, den weitaus grössten Theil des Volkes, gleichsam als eine geistig inferiore Rasse gegentüber den oberen Zehntausend hinzustellen, die "Enterbten des Glücks" auch als die "Enterbten des Geistes", welche selbst Erziehung und Unterricht, ein paar Ausnahmen abgesehen, nicht heben könne. In dem Falle, dass dies richtig ist, was Referent in dieser Allgemeinheit nach seiner Erfahrung stark bezweifeln möchte, so ist es natürlich für den Verfasser ein leichtes, in der Psychologie des Verbrechers, in deren Schilderung N. den bekannten Werken von Baer und Kurella folgt, nur quantitative Unterschiede zu constatiren, wenn er auch zugiebt, dass dieselben immerhin beträchtlich sind. N. schliesst, dass ebenso wie kein anatomischer Verbrechertypus sich construiren lasse, da die sogenannten Entartungszeichen nichts Specifisches seien, sondern nur eine verschiedene Anhäufung erkennen lassen, so auch nicht von einem psychologischen Verbrechertyps geredet werden könne.

17) John Barker (Pentonville): Insanity in english local prisons 1894/95.

(The Journal of mental science, April 1896.)

An der Hand der officiellen Statistik stellte Verfasser, der Gefängnissarzt ist, fest, dass im Durchschnitt täglich rund 100,000 Verbrecher sich im Jahre 1894/95 in den englischen Gefängnissen befanden. Unter diesen waren 389 geisteskrank.

Von diesen waren 53 hei der Aufnahme völlig geistig gesund. Unter den 336 Geisteskranken waren 177, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes eingeliefert wurden; bei 90 wurde schon frühere Erkrankung ernirt; bei den restirenden 69 wurde die Ursache theils als in der Zeit vor der Aufnahme liegend nachgewiesen, theils blieb sie unsicher.

Auf 3 Tafeln sind die verschiedenen Formen der geistigen Erkrankung nach Geschlecht, nach Art des Verbrechens und physischen und moralischen Krankheitsursachen zusammengestellt.

Eine 4. Tafel beschäftigt sich mit den 53 Fällen, die bei der Einlieferung für völlig geistig gesund angesprochen werden mussten. Unter diesen befanden sich 14, welche in den ersten beiden Wochen erkrankten

Digitized by GOOGLE

(Epilepsie, allgemeine Paralyse, Manien auf alcoholischer Basis und im Rückfall), so dass nur 39 Fälle vorhanden sind, die in Folge des Aufenthalts im Gefängniss erkrankt sind — also nur 1 auf 2500.

A. Passow (Friedrichsberg).

18) Schwalbe (Strassburg): Zur Methodik statistischer Untersuchungen über die Ohrformen von Geisteskranken und Verbrechern.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1895, H. 3.)

Verf. giebt zu einer exacten Methode ein als Zählkarte gedrucktes Schema an, welches er näher begründet. Bei den bisherigen ungenauen Untersuchungen, die davon ausgehen, gewisse abnorme Formen als Typen degenerirter Ohren oder einzelne Variationen einzelner Ohrtheile in ihrem procentischen Vorkommen zu bestimmen, sind die Autoren zu verschiedenen Resultaten gekommen. Für diese Verschiedenheit scheine ihm die Rasse von Bedeutung zu sein. In Folge dessen müssen Normale, Geisteskranke oder Verbrecher desselben Gebietes mit einander verglichen werden. den ig o habe zwar für die Turiner Bevölkerung einige sichere Ergebnisse festgestellt; es fehlen aber Angaben, in welcher Weise sich die von ihm bei Verbrechern häufiger gefundenen Variationen bei den einzelnen Individuen combiniren. Dafür seien Zählkarten erforderlich, welche neben der Angabe der Art der Erkrankung, des Geschlechts und Berufs auch jedesmal den Geburtsort und das Land enthalten mussen. Dieselben mussen aber die Grössen- und Formverhältnisse streng sondern. Da für die Beurtheilung der Ohrgrösse die des Schädels mit in Betracht kommt, so sind grösste Lange und Breite des Kopfes ebenfalls zu bestimmen, für die Feststellung der Rasse Körperlänge, Haut- und Irisfarbe, für die Formverhältnisse die ganze Variationsbreite der einzelnen Theile des Ohres unter Benutzung abgestufter Ausdrücke mit aufsteigender Bezisterung. Für die Darwin'sche Spitze habe er bereits einen Zahlenausdruck gewonnen. Es wird die mittlere Zahl berechnet, welche die am häufigsten vorkommende Form bezeichnet. Ein ähnliches Princip empfiehlt er für die Beschreibung der Hirnwindungen. Es folgen Holzschritte zur Veranschaulichung der Messung und der verschiedenen Formen, sodann die Zählkarte selbst.*) Ferner werden Formeln zur Berechnung des physiologischen und morphologischen Ohrindex angegeben, sowie die Messung des Ohrabstandes besprochen. Von den eigentlichen Missbildungen sind nur 3 best characterisirte in das Schema aufgenommen. Schliesslich wird hervorgehoben, dass viele der sogenannten Degenerationszeichen bei Geisteskranken und Verbrechern innerhalb der normalen Variationsbreite des Ohrs liegen und manche früheren Entwicklungsstufen des Ohrs oder den Verhältnissen bei den nächsten thierischen Verwandten entsprechen. In wie weit diese Erbstücke niederer Formen bei Geisteskranken und Verbrechern häufiger vorkommen, wird unter Benutzung der angegebenen Zählkarte scharf zu bestimmen sein.

Max Edel, Dalldorf.



^{*)} Dieses Centralblatt 1895, S. 386.

1v) A. Cullere: Les difformités osseuses de la tête et la dégénérescence.
(Annales médico-psychologiques 1895, Nr. 1, p. 52 ff.)

Cullere warnt davor, die Veränderungen am knöchernen Kopf bei der Diagnose der Degeneration und der Erkennung der Geisteskrankheiten allzusehr zu berücksichtigen. Er macht darauf aufmerksam, dass sich dieselben Difformitäten des Schädels, die bei Idioten, bei Prostituirten und bei Verbrechern beobachtet sind, bei Normalen finden. Eine Vergleichung, die Eugen J. Talbot in seinem Werk: "Etiology of osseous deformities of the head, face, jaws und teeth, third edition, Chicago 1892" zwischen den Schädelverhältnissen der Geisteskranken im Allgemeinen und der gewöhnlichen Bevölkerung vorgenommen hat, hat nicht ergeben, dass die Ersteren mehr Schädelanomalien haben. Wohl aber kommen Schädeldifformitäten bei angeborenen Seelenstörungen, Gewohnheitsverbrechern, Trinkern, Prostituirten und Bettlern besonders oft vor.

20) Näcke (Hubertusburg): Vergleichende Untersuchungen über einige weniger beobachtete Anomalien am Kopfe.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. XXVIII, H. 2.)

N. hat folgende Anomalien in den Kreis seiner Untersuchungen gezogen: 1. Zahnlücke zwischen den mittleren Schneidezähnen, 2. die zygomatische (Jochbein-) Falte, 3. Progenie, 4. den zurückweichenden und den schief liegenden Unterkiefer, 5. die Depressio parieto-occipitalis oder nach dem Verfasser die fossa prælambdoidea.

Die Häufigkeit des Vorkommens dieser abweichenden Bildungen bei Normalen und Nicht-Normalen hat N. an einer grossen Zahl von Fällen geprüft und gelangt dabei zu folgenden Ergebnissen: 1. Die besagten Anomalien kommen schon mehr oder weniger häufig bei Normalen vor. 2. Sie zeigen die Tendenz, von den Normalen nach den Geisteskranken, Idioten, Epileptikern und Verbrechern hin an Zahl zuzunehmen. 3. Sie sind für keine einzige Categorie characteristisch und es giebt nur Quantitätsunterschiede.

Verfasser möchte die angeführten Bildungen, wenn sie deutlich vorhanden sind, zu den Degenerationszeichen rechnen, schon weil sie bei Nicht-Normalen, die besonders viele Entartungszeichen an sich tragen, häufiger vorzukommen scheinen, als bei den sogenannten Normalen. In ätiologischer Hinsicht repräsentiren diese Anomalien einestheils pathologische Bildungen, bedingt durch Ernährungsstörungen, anderntheils Hemmungserscheinungen, vielleicht sogar echte Atavismen. Auf den Unterschied zwischen Degeneration und Atavismus, den er hier nur kurz berührt und die er nicht mit einander verwechselt sehen möchte, will Verfasser in einer späteren Arbeit ausführlicher eingehen.

²¹⁾ Nasse: Zwei Fälle von erblicher Deformität an den Kiefern. — Vortrag in der Berl. med. Gesellsch. 12. VI. 1895.

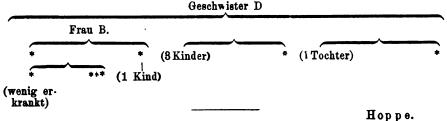
⁽Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 26.)

Die Veränderungen, welche sich erst einige Jahre nach der Geburt entwickeln, beginnen mit einer Wulstung und derben höckrigen Verdickung des Zahrsleisches am Ober- und Unterkiefer, die allmählich so zunimmt,

dass beide Zahnreihen davon umgeben, die Lippen von den Zähnen abgehoben wurden und dass Ober- und Unterlippe von einander abstehen.

Die Erkrankung hat sich bereits durch Generationen hindurch sowohl durch die weiblichen wie die männlichen Familienmitglieder auf die Kinder vererbt, wie folgender Stammbaum zeigt:

(Die gesunden Glieder der Familie sind eingeklammert.)



22) Th. Escherich (Graz): Bemerkungen über den Status lymphaticus der Kinder.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 29.)

E. sucht in längerer Ausführung darzuthun, dass die mit Status lymphaticus (Hyperplasie des Thymus und der coordinirten lymphatischen Organe, der Lymphdrüsen, der Follikel des Nasenrachenraumes, des Zungengrundes, der Darmwandungen, desgleichen auch der Milz) behafteten Kinder in hervorragendem Maasse zu Erkrankungen an Stimmritzenkrampf resp. der demselben zu Grunde liegenden Neurose (Tetanie), zu einem latenten Erregungszustand des Nervensystems neigen, der auf geringfügige für gewöhnliche Individuen wirkungslose Reize mit Krampfzuständen in den verschiedensten Theilen des Körpers reagirt und in besonders hochgradigen Fällen sich mit der fatalen Neigung zur Syncope vergesellschaftet. E. stellt in dieser Beziehung die Thymus in Parallele mit der Schilddrüse und glaubt, dass es sich hier auch um eine Dykrasie, eine Autointoxication in Folge einer relativen Insufficienz oder eines anormalen Ablaufes ihrer Stoffwechselfunction handelt.

23) B. Sachs: A family form of idiocy, generally fatal and associated with early blindness (amaurotic family idiocy).

(New-York medical Journal, 30. may 1896.)

Sachs schildert hier auf Grund einiger selbst beobachteter und von anderen Autoren (Neurologen und namentlich auch Augenärzten) mitgetheilter Fälle eine besondere Form von Idiotie. Dieselbe tritt bei mehreren Mitgliedern derselben Familie auf. Die Kinder werden gesund geboren; vom dritten bis sechsten Monat an etwa tritt an Stelle der normalen Entwicklung Stillstand und dann Rückschritt ein, der auf geistigem Gebiet zu völliger Idiotie, auf körperlichem zu einer allgemeinen Schwäche der Muskulatur führt. Die Parese der Muskeln kann sowohl eine schlaffe wie eine spastische sein, dementsprechend fehlen die Reflexe bald, bald sind sie gesteigert. Daneben tritt unter eigenthümlichen Veränderungen an der Fovea centralis, die am meisten den bei Embolie der Art. central. retin. beobachteten ähneln und unter später einsetzender progressiver weisser

Digitized by GOOGIC

Atrophie der Papillen, nach und nach völlige Blindheit ein. Unter zunehmendem Marasmus sterben die Kinder gewöhnlich etwa im Alter von 2 Jahren. Nebenbei wurde auch noch in einzelnen Fällen Nystagmus, Strabismus und Hyperakusis beobachtet. Drei Autopsien liegen vor; bei allen ergaben sich übereinstimmend Veränderungen an den Zellen und zum Theil an den Fasern der Grosshirnrinde, die bei Abwesenheit jeglicher entzundlicher Erscheinungen auf einen Stillstand der Entwicklung zurück. geführt werden mussten. In der weissen Substanz des Rückenmarks fanden sich namentlich in den Pyramidensträngen Veränderungen von noch nicht sicher zu bestimmender Art; jedenfalls nichts, was für Lues sprach, die auch ätiologisch nicht hervortrat.*) Zum Schluss wird noch die Differentialdiagnose von der hereditären Lues, der gewöhnlichen Form der Idiotie und besonders der congenitalen spastischen Diplegie besprochen; namentlich bei der hereditären und familiären Form derselben können sehr ähnliche Bilder entstehen. Als passendster Name wird für die in Rede stehende Form amaurotic family idiocy vorgeschlagen.

Cassirer-Berlin.

24) Tiling (Rothenberg b. Riga): Ueber angeborene moralische Degeneration oder Perversität des Characters.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 52.)

Unter Schilderung dreier Fälle von moralischer Idiotie wendet sich Verf. gegen die zumal von deutschen Autoren herrührende Einreihung solcher Zustände in die Categorie des Schwachsinns und gegen die Lehre, dass moralischer Schwachsinn mit intellectuellem verbunden sein mitse. Der I. Fall betrifft ein Mädchen von kaum 12 Jahren, welches durch Lügen, Stehlen, Prahlsucht, Hochmuth, Kokettiren mit Mannspersonen etc. die moralische Schwäche an den Tag legt. Die Gehote der Moral kennt es, doch fehlt ihm die richtige Empfindung dafür. Es erweist sich als frühreif und verräth in ihren Briefen "einen weiteren Gesichtskreis und mehr Ideen, als sonst bei Kindern dieses Alters angetroffen wird". Vielleicht mehr als Verf. es thut, verdient die Bemerkung hervorgehoben zu werden: 2. . . aber es ist nicht nur das Schlechte, was es anzieht, es will auch, wie andere Kinder, durch Geschenke Freude machen." Im II. Fall zeichnet sich ein in den 20er Jahren stehender Mann durch Eitelkeit, Prahlsucht und gänzliche Halt- und Willonslosigkeit aus. Er kennt die Gesetze der Moral und Sitte, ist aber, um zu seinen Zwecken zu gelangen, in seinen Mitteln nicht wählerisch und begeht Wortbrüche, Fälschungen und Hintergehungen. Er ist Morphinist und Cocainist und unterhält mit einem Frauen. zimmer, welches ebenfalls Morphinistin und Cocainistin ist, ein Liebesverhältniss, wovon er absolut nicht abgebracht werden kann; vielmehr bringt es seine Familie durch solche Versuche zu einem wahren Verfolgungswahn bei ihm. Im III. Fall ruinirt ein etwa 60jähriger Baron mit Schulden machen sich und seine Familie. Betrug und Täuschung Schlag auf Schlag; dabei grosse Kenntniss des Processverfahrens. Von früh auf voller abenteuerlicher Ideen, war er eitel und gemüthsroh und führte ein grossartiges Leben.

^{*)} Eine genauere anatomische Untersuchung der Retinae steht noch aus, die Nn. optici wurden in einem Falle intact befunden.

Nach einer treffenden allgemeinen Characteristik des Moralisch-Schwachsinnigen und nachdem er eine Reihe von Citaten über die intellectuell Schwachsinnigen gebracht hat, findet Verf., dass die ersteren nicht in die Gruppe der letzteren eingereiht werden können. Wie im Bereich des Physiologischen, so in dem des Pathologischen kann hohe Intelligenz mit schlechtem Character verbunden sein. Die Erfahrung bestätigt es, und es erübrigt nur, auch therapeutisch Character und Intelligenz so weit zu trennen, dass die Elemente des Characters zu erkennen sind. Man schneide von der Intelligenz diejenige Gruppe von Vorstellungen ab. die wissenschaftlichen u. dergl. neutralen Inhalts sind, so wird davon der Character nicht betroffen. Die Intelligenz, als Regulator, gehört nur so weit zu ihm, als sie auf unsere persönlichen Beziehungen zu unseren Mitmenschen und unser Schicksal und Fortkommen gerichtet ist. "Der Inhalt dieser Vorstellungsgruppe ist einfach und verständlich dem Genie, sowie dem leicht Schwachsinnigen, dem Manne wie dem Kinde". Zum Character gehören ferner die Triebe, und es bethätigen sich dabei diejenigen Gefühle, welche, verbunden mit Vorstellungen, das Gewissen ausmachen; diesen regulirenden Getühlen sind die übrigen unterworfen. Nun kommt es vor, dass die den Character constituirenden Gefühle stumpf sind, während die egoistischen, sinnlichen übermässig stark sind. Tritt dazu noch eine überwuchernde Phantasie, so wird die Verwirrung vollständig, der Character gelockert, und indem Autosuggestibilität und Gewohnheit die Lüge bewirken, wird das Gewissen noch stampfer. - Verf. sieht in dem moralischen Schwachsinn eine Entartung des Familiencharacters (Anamnese der 3 Fälle), er rechnet die betreffenden Individuen zu den Degenerirten. Sie gehören weder zu den eigentlichen Verbrechein, noch dürfen sie zur Verrücktheit. Manie u. s. w. gestellt werden, wenn auch ähnliche Züge, wie bei diesen Krankheiten, bei ihnen vorkommen. Wolff (Münsterlingen).

25) Näcke-Hubertusburg: Weiteres zum Capitel der Moral insanity. (Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 15.)

Indem N. die von Bleuler in seiner Broschtre über den geborenen Verbrecher versuchte Klarstellung des Lombroso'schen Verbrechertypus, wonach sich derselbe nur durch ein Mehr an körperlichen und geistigen Abnormitäten von den übrigen normalen Menschen abhebe, durch Anführung von Stellen aus Lombroso's Schriften selbst zu widerlegen und zu zeigen sucht, dass Lombroso darunter einen echten genau characterisirten Typus verstehe, geht Verf. noch einmal auf die Frage der Moral insanity ein. Die echten Fälle von Moral insanity (ohne erhebliche andere geistige Abnormität), für die N. allein den Namen "Reo nato" reservirt haben möchte, sind nach ihm sowohl in Gefängnissen als auch draussen ausserordentlich selten, während die meisten sogenannten Fälle von Moral insanity den Schwachsinnsformen angehören. Zur endgültigen Abgrenzung hält N. die genaue Veröffentlichung eines jeden Falles unter Beobachtung der gegebenen Definition und der nöthigen Cautelen (genaueste Anamnese bis in die erste Kindheit hinein) für erforderlich.

N. schliesst daran Bemerkungen über die von Flechsig bei den höheren Degenerirten zur Erklärung der Labilität und Disharmonie der

Digitized by GOOGIE

Affecte angenommenen Störungen der Körperfühlsphäre und über die Behandlung der geborenen Verbrecher, bezüglich welcher er im Allgemeinen mit Bleuler übereinstimmt.

Hoppe.

IV. Bibliographie.

 Fr. Kretzschmar: Die Irrenfrage am Ausgange des XIX. Jahrhunderts.
 Eine Einführung in das Studium der Irrenfrage für alle Gebildeten.
 I. Theil. Die Irrenfrage vom allgemeinen und culturhistorischen Standpunkte. (Grossenhain i. S. Hermann Starke, 1896, 304 S.)

Wie K. in der Vorrede hervorhebt, fühlt er sich vor allen zur Behandlung der Irrenfrage berufen, "weil kaum ein zweiter die für die Aufgabe nöthigen Bedingungen in sich vereinigen und dabei den ehrlichen und völlig unabhängigen Willen haben wird, die Dinge unparteilisch und ungeschminkt dar zustellen". Verfasser bekennt sich als Vertreter der "moralbiologischen Bichtung", welche neben der Göttinger Beformrichtung radical vorgehe, gegenüber der dritten der "schulmedicinisch officiösen Beformbewegung". Die moralbiologische Richtung wolle nicht, wie die Göttinger, die Psychiatrie und die Psychiater bei Seite schieben, sondern die erstere vielmehr erst schaffen und die Thätigkeit der letzteren in einem kunstvollen Bau processualer Functionen zu einer höheren und höheren Stufe heben (sic!). Dies wird für jeden Verständigen zur Characterisirung des Verfassers und seiner Schrift genügen.

Dieselbe zerfällt in 2 Haupttheile: Der erste theoretische behandelt den "Irrsinn im Zeitbewusstsein und Zeitleben", und zerfällt wieder in 3 Abschnitte, deren Ueberschriften den mystisch speculativen um nicht zu sagen mattoiden Geist verrathen, welcher das Ganze durchweht: a) Schein (Böswilligkeit), b) Sein (Irrthum), c) Grund (Entwicklung). Der erste Abschnitt enthält u. A. die ungeheuerliche Behauptung, dass "die Versenkungsklappe der Irrsinnigkeitserklärung" überall im öffentlichen Leben angewendet werde, um unbequeme Menschen und Gegner unschädlich zu machen, und dass die Irrsinnserklärungen das perfide Auskunftsmittel eines rechtsbankerotten Staates seien, den die Jämmerlichkeit seiner eigenen Gesetze sonst in fortwährende Verlegenheit stürzen würde.

- Im 2. Abschnitt geisselt K. den Cultus der angeblich Nervösen und Psychopathischen, welcher in Leben, Litteratur und Wissenschaft herrsche, "die Coquetterie mit dem Wahnsinn im neueren schöngeistigen Schriftthum", sowie die pseudowissenschaftliche Popularpsychiatrie (Lombroso und Nordau).
- Im 2. Abschnitt endlich werden alle möglichen Fragen abgehandelt, welche zum Theil mit dem Thema in gar keiner Beziehung stehen. Da wird von dem "Zakunftszucken der Gegenwart", von den "Individual-revolutionären" und ihrem Verhängniss, verkannt d. h. für irre erklärt zu werden (unter den letzteren führt K. Heinrich Pudor und Johannas Gutzeit an!), von der hygienischen und der Rechtsreform, von der mangelhaften

Ausbildung der Aerzte (speciell der Gerichtsärzte) im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Besonderen gesprochen und zuletzt die Culturbedeutung der Naturheilmethode hervorgehoben. Behauptungen, nichts als Behauptungen, meist ohne den Schatten eines Versuches, dieselben zu beweisen, unkritisch zusammengestellt, das ist die Signatur des ersten Theiles der Schrift.

Der zweite umfangreichste Theil, welcher die Geschichte sensationeller-Wahnsinnserklärungen zu geben versucht, zeigt diese Schwächen in noch höherem Grade. In der Geschichtserzählung denkt Verfasser gar nicht daran, Quellen anzugeben; wo solche angeführt werden, sind es meist Zeitungsberichte oder Darstellungen der betreffenden "Märtyrer" selbst. Ausser einigen alten Fällen, die K. nur kurz anführt, sind es in Deutschland die Fälle Draak, Beckmann, Struve, Ahrens, Kuhnle, Hegelmeier, Theewen, Hoffmeister, Krumbiegel, Witte, Sternberg, Morris de Jonge, Bröcker, Paasch, Kruner, Feldmann, im Auslande die Fälle Waldstein, Sulkowski, Hermann und einige obscure Fälle, welche mehr oder weniger ausführlich behandelt werden. Für den Verfasser ist es selbstverstäudlich, dass alle Wahnsinnserklärungen in den genannten Fällen zu Unrecht erfolgt sind. Die Besprechung der einzelnen Fälle wird danach zurechtgestutzt. Alle Gutachten, welche sich für Geistesstörung aussprechen, sind unrichtig. werthlos und verdienen nicht die geringste Beachtung, Gutachten dagegen, welche für Geistesgesundheit plaidiren, sind stets unanfechtbar und maassgebend. Während K. ganz richtig den Mangel an psychiatrischer Ausbildung unter den practischen Aerzten einschliesslich der Medicinalbeamten betont, ist ihm doch das Gutachten eines derselben, sobald es sich für geistige Gesundheit ausspricht, maassgebender als die vieler psychiatrischer Capacitäten, sobald dieselben auf Geistesstörung lauten. Ja, dieselben Aerzte sind in dem einen Falle für ihn maassgebende Autoritäten, in dem anderen Ignoranten oder Lumpen, je nachdem ihr Gutachten ausfällt. geht es ihm mit Mondel und Falk. Auf das Gutachten des letzteren beruft sich K. auf der einen Seite (S. 152), während er auf der nächstfolgenden betont, dass derselbe zu den am meisten angegriffenen psychiatrischen Gutachtern neben Mendel und Mittenzweig gehöre. Zu den bevorzugten Autoritäten des Verfassers dagegen gehört Prof. Eulenburg, welcher in nicht weniger als 7 Fällen (Draak, Beckmann, Ahrens, Krumbiegel, Sternberg, Bröcker und Feldmann) eine Rolle spielt, daneben Prof. Arndt und Prof. Finckelnburg.

Den Schluss der Schrift bildet die Geschichte der Irrenreformbewegung. K. giebt eine ziemlich umfassende Zusammenstellung der sensationellen Broschüren der "Irrsinnigen" und bespricht die Aufnahme der Irrenfrage im Parlament und bei der Regierung, sowie die neuesten Verordnungen bezüglich des Irrenwesens.

Dass dieses Buch, welches nichts ist als ein einziges langes Pamphlet gegen den Stand der Irrenärzte (welche als die schlimmsten Verbrecher, für schlimmer als die Anarchisten hingestellt werden) bei dem Mäntelchen von Wissenschaftlichkeit, den der Verfasser sich umzuhängen bestrebt ist, seinen Leserkreis finden wird trotz der horrenden Kritiklosigheit, mit der das Material zusammengetragen ist, ist keine Frage. Der Urtheilslosen,

Digitized by GOOGIC

die alles für baare Münze aufnehmen, was sie schwarz auf weiss gedruckt lesen, giebt es eben überall, selbst in den sogenannten gebildeten Kreisen, gar zu viel.

Hoppe.

II) E. Laurent: Die Zwitterbildungen, Gynækomastie, Feminismus, Hermaphroditismus. Autorisirte Ausgabe mit einer Einleitung von Dr. Hans Kurella. Mit 17 Tafeln. Bd. 6 der "Bibliothek für Socialwissenschaft". Preis 5 Mk.

(Leipzig, Georg H. Wiegand's Verlag. 1896.

Da die Zwitterbildungen nicht nur ein hohes Interesse für den Teratologen und den Biologen, sondern auch für den Psychologen und den Psychopathologen bieten, auch für den Gerichtsarzt und für den Richter ein wichtiges Problem abgeben, so glaubte der Verfasser, dass es sich wohl der Mühe lohnen würde, wenn er es unternähme, das darüber existirende Material zu sammeln und von den angegebenen Gesichtspunkten zu arbeiten.

— Die Uebersetzung ist von dem Herausgeber um eine ganze Reihe werthvoller Zusätze vermehrt worden.

Der Inhalt ist in zwei grosse Abschnitte gegliedert: die Gynækomasten (S. 1—121) und die Hermaphroditen (S. 125—235). — Unter Gynækomastie versteht der Verfasser "eine Anomalie, welche in der übermässigen und dauernden Entwicklung der Brüste beim Manne im Moment der Pubertät zugleich unter Hemmung der Hoden besteht". Der Gynækomast ist ein erblich Entarteter, der die körperlichen und seelischen Stigmata der Degeneration an sich trägt. Alle Ursachen, die zur Entartung führen, können auch Gynækomastie hervorrufen: in erster Linie Irresein, Epilepsie, Hysterie, Neurosen und Alcoholismus, demnächst Tuberkulose, Scrophulose und Fettsucht. Bezüglich der Pathogenese erinnert der Verfasser an das biologische Grundgesetz, des "Gleichgewichts der Organe" (G. Saint-Hillaire). So besteht auch ein Antagonismus zwischen Brustdrüse und Hoden: Atrophie des letzteren ruft Hypertrophie der ersteren hervor.

Auch für die erworbene Gynækomastie lässt sich die Berechtigung dieses Gesetzes des Gleichgewichtes nachweisen; diese lässt sich nachweislich auf erworbene Atrophie oder Verstümmelung des Hodens (zufällige und beabsichtigte) zurückführen. Von der Gynækomastie sind streng zu trennen einmal die Pubertätsmastitis (gleichsam eine physiologische, vorübergehende Gynækomastie, auch in Correlation zu den Geschlechtsorganen), und zweitens die Pseudo-Gynækomastie (schmerzhafte Hypertrophie der Drüse ohne Zusammenhang mit den Genitalien). Die anatomische Untersuchung hat ergeben, dass die Brust des Gynækomasten bald einer weiblichen Brustdruse im Drusengewebe völlig analog ist, bald aus Fettgewebe besteht. Die Gynækomasten weisen immer unverkennbar weibliche Züge auf; auch der infantile Typus kommt bei ihuen vor, wie Kurella durch die Ontogenese und an der Hand eines von ihm abgebildeten Falles nachweist. Trotz Atrophie der Hoden haben die Gynækomasten Erectionen, scheinen aber zumeiet steril zu sein; Laurent hat sie zudem im Verdacht, dass sie widernatürlichen Verkehr mit Männern treiben. - In psychischer Beziehung gehören die Gynækomasten zu den Entarteten, und zwar zu den Schwachsinnigen; sie sind fast sämmtlich hereditär belastet.

Der zweite Theil des Werkes behandelt die Hermaphroditen Nachdem der Verfasser die Geschichte des Hermaphrodismus, seine Ursachen

(Bedeutung der hereditären Anlage, Einfluss der Ernährung), den Hermaphrodismus bei den Pflanzen und Thieren in vier Kapiteln beleuchtet hat, wendet er sich zunächst zur Pathogenese dieses Zustandes beim Menschen. Der Hermaphrodismus ist eine Entwicklungshemmung; völliger Stillstand in der Entwicklung macht aus einem thatsächlich männlichen Wesen ein anscheinend weibliches und umgekehrt eine excessive Entwicklung der äusseren Organe aus einem thatsächlich weiblichen Wesen ein anscheinend Es lassen sich zwei Hauptcategorien von Zwittern, jede wieder mit Unterabtheilungen unterscheiden:

- 1. Hermaphrodismus verus, a) H. verus bilateralis, b) H. verus unilateralis, c) H. verus lateralis.
- 2. Pseudohermaphrodismus; a) Ps.-H. internus masculinus und muliebris, b) Ps.-H. externus masculinus und muliebris.

Für beide resp. 7 Formen führt Verfasser Beispiele an, die auch durch Abbildungen illustrirt werden. - Der äussere Habitus der Hermaphroditen ist eine Vermischung von männlichen und weiblichen characteristischen Eigenschaften, wobei jedoch der Typus des einen Geschlechtes vorzuherrschen Die meisten Zwitter sind in geschlechtlicher Beziehung indifferent; gelegentlich weisen sie aber auch sehr gesteigerten Geschlechtstrieb und Neigung für sexuelle Inversion auf. Sterilität scheint bei den Hermaphroditen die Regel zu sein. - Wie in körperlicher Beziehung, so sind die Zwitter auch in psychischer Hinsicht Degenerirte; sie sind moralisch und intellectuell minderwerthig.

Bei dem psychischen Hermaphrodismus, der erworben und angeboren sein kann, zeigt sich das Geschlecht wohl anatomisch normal entwickelt, das Bewusstsein der Persönlichkeit und das Geschlechtsgefühl sind dagegen gänzlich umgewandelt.

Die sociale Bedeutung des Hermaphrodismus ist eine eminent wichtige; denn ein Irrthum in der Feststellung des Geschlechtes kann schwere Consequeuzen sowohl für das Individuum als auch für die Gesammtheit haben.

Für seine sämmtlichen oben angedeuteten Ausführungen bringt der Verfasser als Beweis eine reichhaltige Casuistik herbei.

Buschan.

III) Th. Becker: Einführung in die Psychiatrie. Mit specieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Pr. 2 M. (Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1896.)

Das Büchlein soll, wie Verfasser im Vorwort schreibt, dem Anfänger ein Bild der typischen Seelenstörungen geben und ihn in den Stand setzen, atypische Erkrankungen in ihrer Wesenheit genauer zu erfassen. behandelt die Actiologie der Psychosen auf 4 Octavseiten, giebt eine allgemeine Eintheilung der psychischen Störungen, widmet der Behandlung Geisteskranker 4, ihrer Untersuchung 81/2 kleine Seiten, um endlich die typischen Geisteskrankheiten nach der - bekanntlich für klinische Zwecke sehr wenig brauchbaren - Eintheilung der officiellen Zählkarten der Reichsstatistik durchzumachen.

Wir wollen alle die berechtigten Ausstellungen, die Bresler in seiner Besprechung der vorliegenden Arbeit in Schmidt's Jahrbüchern (Jahrgang 1896, Nr. 7, S. 97) gemacht hat, hier nicht wiederholen. Wir

mussen aber, dem aus dem Titel ersichtlichen Anspruch auf hohe Bedeutung des Werkes Bechnung tragend, auf einige Punkte eingehen, die unser Befremden erregen. Der Verf. will den Studenten der Medicin in die Psychiatrie einführen Wenn er also eine Propädeutik auf den Markt bringt, so muss er z. B. uber die Hallucinationen doch wenigstens das Elementarste lehren; von diesem dem Anfänger so imponirenden Krankheitssymptom erfährt derselbe aber so viel wie nichts; kein einziges Beispiel von Sinnestäuschungen wird bei Abhandlung der Störungen des Vorstellungslebens gegeben; ja der Verf. lässt sich nicht einmal herbei, auseinanderzusetzen, dass es Gehörs-, Gesichts-, Gefühls-, Geruchs- und Geschmackshallucinationen giebt. Illusionen werden auf Seite 20 für "durchaus nicht pathologische Erscheinungen" erklärt. Bei der allgemeinen Besprechung der Wahnvorstellungen dürften die für das Verständniss der Melancholie so wichtigen Versündigungsideen nicht einfach ignorirt werden. In den Endstadien der Paralyse und der senilen Demenz handelt es sich wahrhaftig nicht um "Gehemmtsein" im Ablauf der Vorstellungen (S. 16)! Was berechtigt den Herrn Collegen, schlankweg zu behaupten, dass die functionellen Psychosen auf Ernährungsstörungen des Gehirns beruhen? Es ist sachlich unrichtig, wenn man schreibt, dass "die Hebung einer Schädlichkeit, die ursächliches Moment für die Psychose ist, nicht die Heilung der geistigen Erkrankung bewirke." Wo hat man aber denn beobachtet, dass "psychische Erkrankungen durch antisyphilitische Kuren geheilt oder wenigstens sehr gebessert werden?"; wir sahen nur, dass einige neurasthenisch-psychische Beschwerden, wie erhöhte Reizbarkeit und dergleichen durch specifische Behandlung der tertiären Hirnsyphilis vermindert wurden. Beginnt man einmal damit, dem Anfänger Schlafmittel aufzuzählen, so darf man ihm nicht nur die gefährlichen Herzgifte (Chloral, Morphium u. s. w.) nennen, sondern man muss ihn dann auch auf die bei richtiger Anwendung minder bedenklichen Narcotica (Amylenhydrat, Paraldehyd, Sulfonal, Hyoscin) aufmerksam machen. Warum gerade die abendlichen Beruhigungsbäder ärztlich beaufsichtigt werden sollen, ist, wenn man über ein brauchbares Pflegerpersonal verfügt, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht recht ersichtlich. Warum wird der segensreichen und unentbehrlichen Einrichtung einer Wachstation in den Irrenanstalten mit keinem Worte gedacht? -

Bei der Besprechung der Untersuchung Geisteskranker hätte Verfasser gut gethan, an Katalepsie, Mutacismus, Verbigeration, stereotype Handlungen und dergleichen zu erinnern und — namentlich rücksichtlich des hysterischen Irreseins — der Bedeutung des Nachweises von Sensibilitätsstörungen und Gesichtsfelddefecten zu gedenken; von alledem findet sich keine Andeutung.

Auch im speciellen Theil gefällt uns Manches nicht. Verbigeration ist doch nicht ein höherer Grad von Ideenflucht (Seite 39)! Mit Unrecht werden als häufige Ursachen der Manie Puerperium und fieberhafte Krankheiten hervorgeholen; die genannten Momente können gelegentlich ja einen manischen Anfall auslösen, in der Regel aber bricht die Manie ohne äussere Veranlassung aus; da verwechselt Herr Becker eben Manie und Amentia. Manie geht doch niemals in "wirkliche Paranoia" über! Weshalb wird der hundertfältig festgestellten Thatsache nicht gedacht, dass

Digitized by GOOGLE

ein Mensch, der an Manie krank war, fast stets noch öfter psychisch krank wird? Wie kann man vergessen, schon dem Anfänger einzuschärfen. dass der erste Anfall von Manie so häufig im jugendlichen Alter ausbricht? Wir bezweifeln es ferner sehr, dass die Melancholie die häufigste Geisteskrankheit ist. Nicht unwidersprochen dürfen wir es lassen, wenn den Anfängern gelehrt wird, dass sehr viele Fälle von "Melancholie" ohne dauernde Austaltsbehandlung bleiben können. Es stimmt nicht mit unseren Erfahrungen, dass die in der Pubertätszeit vorkommende leichte Melancholie prognostisch am günstigsten ist; ja der Anfall kann vorübergehen, aber die Patienten erkranken doch bekanntlich später im Leben fast stets wieder! Nicht genugend scharf ist betont, dass die Melancholie, die nicht periodisch und nicht eireulär ist, in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle ausschliesslich in der dem Klimakterium entsprachenden Lebenszeit auftritt, dass sie z. B. bei ungünstig Veranlagten sonst nicht selten in Schwachsinn übergeht u. a. m. Etwas kühn scheint uns sodann der Ausspruch, dass die acute Verwirrtheit zu den functionellen Psychosen leichterer Art gehören soll; es handelt sich doch bei dieser Krankheit um die gefährlichsten Symptome; nicht selten kommt es doch zum tödtlichen Ausgang (Collapsdelirien)! Die Behauptung, dass die acute Verwirrtheit in "echte Paranoia" übergehen könne, ist wohl recht wenig fest begründet und würde namentlich aus einem Buche für Anfänger viel besser weggestrichen. In der Besprechung der Differentialdiagnose zwischen acuter Verwirrtheit und Manie macht der Herr Verfasser die grösste Confusion; auf sich bezogen hat er leider darin Recht, was er Seite 71, Zeile 20. sagt: Herr Becker sollte seine Fälle von echter, wirklicher Manie, von Melancholie und Stupor im jugendlichen Alter einmal katamnestisch verfolgen; da würde er zweifellos lernen, dass die periodischen und die cyklischen Psychosen durchaus nicht zu den selteneren Erkrankungsformen gehören. — Die unendliche Wichtigkeit der Totalabstinenz für Epileptiker und Alcoholisten hätten wir als eine Errungenschaft der Neuzeit gerne betont gesehen. - Auf einigermassen leidlich geleiteten Paralytikerabtheilungen stirbt doch heutzutage - ein Decennium nach Gudden's Tod - ein grosser Theil der Paralytiker wahrhaftig nicht mehr an Decubitus und Phlegmonen!? Beim Delirium potatorum ist nicht einmal das Zittern erwähnt.

Wir würden die Geduld der Leser missbrauchen, wenn wir Alles aufzählen wollten, was uns für den freilich unerreichten, aber gewiss guten Zweck des Büchleins unzweckmässig erscheint. Manches ist, wie wir gerne berichten, klar und ansprechend dargestellt. Aus letzterem Grunde empfehlen wir Herrn Collegen Becker Folgendes: Er soll sich mit der Dementia praecox und der Katatonie eingehend beschäftigen; er wird dann ganz gewiss einsehen, dass er in einem 1856 erschienenen Buch diese hochwichtigen Krankheiten und ihre Symptome wenigstens skizziren musste. Er soll das hysterische Irresein studiren; dann wird er nicht mehr behaupten, dass es für diese Erkrankungsart ein scharf characterisirtes Krankheitsbild nicht gübe! Auf 26 Zeilen ist das allerdings schwer. Durch diese Beschäftigung aber würde unser College in den Stand gesetzt sein, eine gründlich umgearbeitete zweite Auflage seiner Einführung in die

Psychiatrie zu schreiben, durch die er gewiss einem in der That tie fgefühlten Bedürfnisse zu unser Aller Freude abhelfen würde.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

IV) Carl Wernicke: Psychiatrische Abhandlungen: Heft 1. Aphasie und Geisteskrankheit. Von Dr. med. Karl Heilbronner.
(Breslau 1896.)

Die neue Sammlung psychiatrischer Abhandlungen wird mit einer exacten, klinischen Untersuchung eingeleitet. Der Verfasser berichtet über den Verlauf eines früher schon von Wernicke beschriebenen sehr interessanten Krankheitsfalles. Es handelt sich um einen jetzt 54 jährigen Tischlermeister, der im 43. Jahre psychisch erkrankte. Ein halbes Jahr lang hatte er Angst, äusserte hypochondrische Klagen, hatte Verfolgungsideen. Nach beträchtlicher Besserung kam es im 45. Jahre zur Verschlimmerung dieser Symptome. Im 46. Jahre mehrmonatlicher Stupor, dann Mutacismus, später Verbigeration. Im 47. Jahre zuerst lebhafte Gehörshallucinationen, sodann zugleich mit verschiedenen Bewegungsstörungen: motorische Aphasie. Wernicke erklärte diese motorische Aphasie, sowie die Bewegungsstörungen für transcorticale Lähmungen und benutzte den Fall zur Stütze seiner Annahme, dass die Geisteskrank. heiten (abgesehen von der progressiven Paralyse) transcorticale Erkrankungen seien. Heilbronner berichtet nun, dass der Kranke vom 48.-52. Lebensjahre ausserhalb der Anstalt seinen Beruf ausübte, dass er sich mit einer geschickt ausgedachten Geberdensprache verständlich machte. Die Schriftsprache war beschränkt. Verschiedene Bewegungsstörungen waren noch zu constatiren Im 52. Jahre zeigten sich sodann die Symptome von sensorischer Aphasie. Zugleich stellten sich Hallucinationen mit Angst und Lebensüberdruss ein. Im 53. Jahre Wiederaufnahme in die Breslauer Klinik. Hier verschwanden ziemlich plötzlich die Bewegungsder motorischen Aphasie. Der Kranke lernte störungen inclusive die Zunge wieder willkürlich bewegen, sprach wieder nach fünfjahriger absoluter Stummheit, lernte Nachsprechen, behielt die vorgesprochenen Worte; bald gebrauchte er auch Worte, die er nicht wieder gehört hatte; erst sprach er leise, dann laut. Sein Sprechen erfolgte aber in Anakoluthen wie bei Kindern. Declination und Conjugation der Worte unterblieb. Er lernte auch Lesen und Schreiben; Schreiben, Lesen nud Sprechen geschahen aber in Bezug auf eine Reihe von Vorstellungen ohne Verständniss. Nach 8 4 Jahren war der Kranke in gleichmässiger Stimmung, konnte entlassen werden. Er arbeitet vortrefflich und verdient mehr als vor Beginn seiner Erkrankung.

Die Bedeutung der Heilbronner'schen Arbeit liegt in dem sorgfältigen Studium des sensorisch aphasischen Zustandes, H. stellte den Ausfall einer im Ganzen constanten Summe von Erinnerungsbildern fest; mit dem Best konnte der Kranke vorzüglich operiren. Manche der fehleuden Worte, die dem Sinn nach unverständlich blieben, waren dem Klang nach bekannt; andere wurden auch nach dem Klange nicht erkannt. Die Fähigkeit richtiger grammatikalischer Fügung des Gesprochenen blieb ver-

Digitized by GOOGLE

loren: Patient war also partiell sensorisch aphasisch und zwar transcortical.

Die gesammte Störung hält der Verfasser nicht für eine mechanische Läsion des Gehirnes, die wahllos das örtlich Zusammenliegende zerstört hat, sondern für eine Erkrankung, welche die Associationsbahnen mit individueller Auswahl betroffen hat; diese Auswahl geschah nach der Norm der verschiedenen Function. Alle diejenigen Elemente, die das anatomische Substrat eines Begriffs bilden, wurden zerstört. Der Verlust von Erinnerungsbildern und der Ausfall einer Reihe von Begriffen ist Folge eines Ausfalls von Associationsbahnen, welche die einfachsten Erinnerungsbilder zu complicirten und eine Summe von complicirten Erinnerungsbildern zu Begriffen vereinigen. Der Zustand trägt nach dem Verfasser noch jetzt das Gepräge seiner Entstehung aus einer Erkrankung des Associationsorgans.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

V) E. Hallervorden: Abhandlungen zur Gesundheitslehre der Seele und Nerven. I. Arbeit und Wille, ein Kapitel kliuischer Psychologie zur Grundlegung der Psychohygiene. I. Heft. (Würzburg 1896.)

Die Broschüre giebt mehr ein Programm denn die Ausführung eines Themas. Der Verfasser will die Wissenschaft Psychohygiene, die bis jetzt noch nicht existirt, vollständig aus Eigenem begründen und zwar auf der Basis der "klinischen Psychologie". Dieser als Vorstufe der Psychohygiene sind die Bemerkungen des ersten Abschnittes gewidmet. Die klinische Psychologie fällt zum grossen Theil mit dem zusammen, was Kräpelin als Individualpsychologie bezeichnet. Bei aller Anerkennung der Verdienste Kräpelin's auf letzterem Gebiete glaubt H. behaupten zu dürsen, "es werde erst mit dieser Arbeit und von ihm die Psychologie endgültig aus den Hörsälen der Philosophen, wie aus den Laboratorien der Physiologen herausgeholt und auf ein freies Gebiet, d. i. ins Leben geführt, auf welchem der Arzt, d. h. der Psychiater sie allen Facultäten und psychologischen Berufen am lebenden normalen Menschen demonstriren und also wirklich zur einheitlichen Nutzanwendung für's Leben herrichten kann".

Unter klinischer Psychologie als Methode ist nach H. die wirkliche Psychologie jedes beliebigen Menschen in klinischer Lehrweise zu verstehen. Geübt wird diese, indem ein gesundes Individuum vor Hörern aller Facultäten vom Docenten untersucht wird; "es wird die genaue Anamnese incl. Erblichkeit, körperlicher Zustand, Status des Kopfes, des Nervensystems, der Psyche nach allen Richtungen aufgenommen, dabei die körperliche und psychische Untersuchungsweise demonstrirt und nach Beendigung und Prctocollirung des Befundes der vorgestellte Mensch als ein Ganzes gemäss dem Untersuchungsresultate besprochen, erläutert, diagnosticirt und prognosticirt, besonders in affectiver, moralischer und intellectueller Hinsicht. Zu jeder Vorlesung wird ein anderes Individuum mit der erforderlichen Variation von Lebensalter, Geschlecht, Beruf, Bildungsgrad, Begabung u. s. w. gewählt."

Dass die angewandte Psychologie jedoch nicht blos Wissenschaft, sondern auch Kunst ist, und dass intellectuelles Talent an sich noch Nie-

mand zum Psychologen qualificirt, betont der Verf. besonders. Chirurgen, innere Mediciner können, Psychiater müssen Kunstler in der practischen Psychologie sein.

In dem zweiten, "Klinik, Laboratorium und Leben" betitelten Abschnitte wendet sich der Autor mit treffenden Worten gegen die derzeit noch übliche Ueberschätzung des Experimentes als Hilfsmittel psychologischer Forschung. "Hoffentlich nicht allzuspät kommt eine Zeit, in welcher es nicht notbwendiges Bildungserforderniss ist, Beobachtung von Lebensthatsachen am Experimentirtisch zu verlernen und statt Ideen nur "Tabellen" zu liefern, aus denen Sätze folgen. Vorläufig aber verlangt noch der gute Ton, "einigen Hunden die Schwänze abzuschneiden", wie ein Referent sich treffend ausdrückt".

Dem Verfasser gilt als wichtigstes die klinische Beobachtung des Lebens und der Menschen in der Function des Lebens, die Beobachtung der einzelnen Personen nach ihren persönlichen Besonderheiten und elementaren Seeleneigenschaften, und als Ort und Gelegenheit der Forschung kann jede Kinder- und Schulstube, die Strasse, jede Arbeitsstelle, der Exercierplatz, jede Kneipe, jedes Bureau ete. dienen. Der Versich als Forschungsmittel für Psychohygiene steht an Werth nicht über, sondern unter der klinischen Beobachtung.

In dem 3. Abschnitte: "Wie ist die Frage zu stellen, wie und unter welchen Voraussetzungen zu beantworten?" betont der Verfasser, dass für jede Seelengesundheitslehre, welche im Leben verwendbar sein will — und seine Psychohygiene will dies ernstlich — "als unerlässlich die Voraussetzung des untrennbaren Zusammenhanges von Sittlichkeit mit Gesundheit der Seele, des Nervensystems und des ganzen Menschen für das practische Leben" tritt. Die Erfahrung lehrt nach H., dass die Vorschriften der Seelengesundheitslehre mit denen des Sittengesetzes immer zusammenfallen und der Zusammenhang sittlicher und gesundheitlicher Bedeutung ist und bleibt ihm Angelpunkt seiner Bemtihungen für die Psychohygiene. Ueber das Verhältniss von Arbeit und Wille stellt der Autor eine grosse Reihe (30) von Sätzen auf, von welchen wir nur einige hier anführen können:

"Diejenige Thätigkeit welche der persönlichen Anlagen- und Interessenrichtung entspricht, ist hygienisch als Beruf der Person erforderlich."

"Die Thätigkeit, wenn sie aus freier Wahl, also der Anlagen- und Interessenrichtung gemäss, hervorgeht, entspringt aus Lust, aus Bethätigungslust und aus dem Triebe dazu."

"Dementgegen wirkt Arbeit aus äusserem oder Selbstzwang, selbst aus moralischem Zwang allein hervorgehend, dann erschöpfend, wenn sie nicht individuellem Trieb entspricht."

"Auch für körperliche Arbeit gilt, je nach Person, in erster Reihe Beschränktheit oder Characterlosigkeit als Moment der Erlahmung, führt schnell zu allgemeiner Geistes- und Willensermüdung, zu Neurasthenie u. s. w., zu Alcohol, Corrigendenanstalt, Zuchthaus oder Irrenanstalt; Vernachlässigung von Anlagen und Interessen treibt ebenfalls der Erschöpfung, der Erkrankung der Neu asthenie mit ihren Folgen zu."

Das Unternehmen des Autors, eine klinische, im Leben wurzelnde und für dasselbe berechnete Psychologie und eine auf dieser sich aufbauende

Psychohygiene zu schaffen, ist gewies allseitiger Anerkennung und Ermunterung wurdig. Wie sich der Autor mit der Aufgabe, welche er sich gesetzt, abfinden wird, lässt sich allerdings vorerst nicht beurtheilen. können jedoch nicht umbin, hier mit Rücksicht auf das Interesse, welches die gesammte Medicin an dem Unternehmen hat, darauf hinzuweisen, H. sich die Lösung seiner an sich schon schwierigen Aufgabe bezüglich der Psychohygiene durch die Verquickung derselben mit der Moral hochgradig erschwert und zum Theil sogar unmöglich macht. Die Gesetze der Nervenphysiologie sind die gleichen für den Australier wie für den Europäer, die amerikanische Rothbaut wie den Neger. Das Sittengesetz, "wie es in unserem Gewissen geschrieben steht, in unserem d. h. des Europäers und deutschen Gewissen — weicht dagegen nicht unerheblich von dem Sittengesetze ab, welches der Chinese, der Indier und der Araber anerkennt; es unterliegt nach Zeit und Ort sehr bedeutenden Wandlungen. Selbst innerhalb eines Volksstammes und einer Bevölkerungsschicht weist es je nach Erziehung, Bildung, philosophischen und politischen Anschauungen und äusseren Verhältnissen etc. mannigfache Unterschiede auf. Ich erinnere hier nur an die Herren- und Sklavenmoral der Nietzscheaner, an die Jesuitenmoral, an die Verschiedenheit der Auffassungen, welchen die Anhänger der Socialdemokratie und unsere Hochconservativen und viele Grosskapitalisten bezüglich des Sittengesetzes huldigen. Wie der Verfasser mit der Verschiedenartigkeit der Sittengesetze verschiedener Individuen seine Psychohygiene in Einklang bringen will, bleibt unerfindlich. Uebrigens lehrt die Erfahrung auch, dass die Vorschriften der Seelengesundheitslehre mit denen des individuellen Sittengeseszes keineswegs immer zusammenfallen, wie H. behauptet. Sittengesetz verlangt z. B. von uns Aerzten mitunter Aufopferung, Gefährdung unserer Gesundheit und unseres Lebens im Interesse Dritter, was durchaus nicht mit den Vorschriften der Seelengesundheitslehre übereinstimmen kann. Auch ausserhalb unseres Kreises sehen wir, dass die Tugend nicht immer mit Seelengesundheit belohnt und das Laster mit Geisteskrankheit bestraft wird, wie es die naive Kinderstabenmoral erheischt. Die Tochter z. B., welche ihrem Sittengesetze folgend ihre Mutter in aufopferndster Weise pflegt, wird hysteroneurasthenisch oder melancholisch, während deren Schwester, welche sich um ihre Mutter nicht kummert, gesund bleibt. Die Vorschriften der Seelengesundheitslehre mögen wohl zum Theil mit denen des Sittengesetzes zusammenfallen, sie können aber nicht von letzteren abhängig gemacht werden.

L. Löwenfeld (München.)

VI) Paul Flechsig: Die Localisation der geistigen Vorgänge, insbesondere der Sinnesempfindungen des Menschen.

(Leipzig, Veit & Co., 1896.)

Die vorliegende, aus einem Vortrag hervorgegangene, an die bekannte Schrift des Verfassers: "Gehirn und Seele" sich eng anlehnende Arbeit stellt sich die Aufgabe, darzulegen, "wie klar und deutlich sich im Aufbau unseres Geistes, in den grossen beharrenden Zügen seiner Gliederung die Architectur unseres Gehirns wiederspiegelt, wie die Gliederung, welche wir im Gefüge des "Geistes" introspectiv wahrzunehmen vermögen, in deut-

lichen Beziehungen steht zu keineswegs transcendenten, dem anatomischen Verständniss durchaus zugänglichen Bauverhältnissen des Gehirns, aus welchen wir das seelische Geschehen weitgehend reconstruiren und objectiv ableiten können." Es baut sich damit ein neuer Parallelismus zwischen Gehirn und Seele auf, der jedoch in seinem Wesen wie in den Perspectiven, die er eröffnet, sich von dem üblichen schablonenmässigen psychologischen Parallelismus und dessen noch viel schablonenmässigerer Anwendung vortheilhaft abhebt. —

F. unterscheidet Sinnes- und Organempfindungen: erstere kommen ausnahmslos durch Vermittlung der Grosshirnrinde zu Stande, letztere, von deren Erregung Lust- und Unlustgefühle bedingt sind, ausschliesslich durch niedere Hirntheile, denn auch bei Anencephalen, sowie bei Frühgeburten, bei denen die Grosshirnrinde nirgends fertig entwickelte Nervenelemente bietet, beobachtet man Unlustäusserungen. Zu den Organempfindungen gehören auch die kinästhetischen (an den Bewegungsapparat geknüpften) Empfindungen, wenn sie auch theilweise objectivirbar*) sind. Von allen Faserzügen des Grosshirnmarks erhalten zuerst die Sinnesleitungon Markscheiden und lassen sich, völlig isolirt daliegend, in ihrem Verlauf genau überblicken. F. bedauert, dass so wenig Autoren es sich angelegen sein lassen, die durch seine Methode gewonnenen Bilder aus eigener Anschauung kennen zu lernen.

Eine aussthrliche Betrachtung ist diesmal dem Verbreitungsgebiet der hinteren Wurzeln des Rückenmarks bezw. der Oblongata (excl. des 8. und 9. Gehirnnerven) im Gehirn gewidmet. Im Grosshirn gelangen zuerst aur die indirecten Fortsetzungen der hinteren Wurzeln zur Reise und es werden demzusolge zuerst sämmtliche Organempfindungen, soweit nicht der Sympathicus in Betracht kommt, serner die Hautsinnsqualitäten dem Bewasstsein vermittelt. — Die pathologische Anatomie findet hier insosern in der Entwicklungsgeschichte eine kräftige Stütze, als das bei der Türk'schen Hemianästhesie betheiligte und durch die Symptome als Bahn der hinteren Wurzeln characterisirte Gebiet — hinterer Theil der inneren Kapsel und des angrenzenden Fusses vom Stabkranz — beim Fötas sich dadurch, dass es zuerst markhaltig wird, von der Umgebung deutlich abhebt.

Entwicklung, Verlauf und Endausbreitungsgebiet der einzelneu Sinnesleitungen, wie sie F. auf Grund seiner Forschung darstellt, glauben wir am besten durch folgende tabellarische Uebersicht veranschaulichen zu können. (S. 52 u. 53.) — Von Einzelheiten tragen wir hierzu nach, dass vermuthlich durch Vermittlung der Körperfühlsphäre als Sitz der Organempfindungen neben Durst und Wollust auch Geschehnisse im Respirations- und Circulationsmechanismus und die Contractionszustände aller willkürlich beeinflussbaren Muskeln zu Bewusstsein kommen.

Die Sehsphäre, d. h. derjenige Theil der Rinde, zu welchem die Sehstrahlung im weiteren Sinne in Verbindung tritt, umfasst nach Flechsig die gesammte Innenfläche des Hinterhauptslappens, an der Convexität nur eine schmale Zone im Bereich der ersten Oecipitalwindung und des Polus

^{*)} Object freilich hier nicht im Sinne der Psychologen. Vergl z B.: Minsterberg, Aufgaben und Methoden der Psychologie, S. 99. — Ref.

	End- ver- breitung in der Rinde	Verlauf	Ursprungsstelle	Zeit der Mark bildur g	Sinnes gebiete.	
	ausschliess- lich der Rinde der Central- windungen	nimmt in der oberen Hälfte der inneren Kapsel das un- mittelbarhinter der Pyramiden- bahn gelegene Areal fast voll- ständig ein;	"Ventro late lateralen Komédiau. Dess um umfasst i der Schleifer stiele, Hinter- bundel der i die Fortsetzu	von Anfang des 9. Fötal- monsts an;	(Sensible) Systeme der hinteren Wurzeln: I. II. III	
Körperfühlsphäre.	g. Th. ie I. Lob paracentr. Fuse d. I. Stirm- windung; z. Th. in Gyr. fornio, in seiner gans, in finglum; Länge; ferner in Cinglum; Ammonahorn u. Haken- windung.	innere Kapsel (keine nähere Bestimmung);	"Ventro lateraler" Sehhtigelkern, umfassend: lateralen Kern. Putamen und Centre médian. Dessen Ursprungsgebiet wiederum tumfasst medullarwärts: Haupttheil der Schleifenschicht, obere Kleinhirnstiele, Hinter- und Seitenstränge, Längsbundel der Formatio ret cularis. also die Fortsetzung der hinteren Wurzeln	etwa einen Monat später	eme der hinter	
	windung, theilweise auch vordere Hälfte der ersten, mitt- lerer Theil des Gyrus fornicatus.	mittlerer Theil der inneren Kapsel	elkern, um- und Centre ebiet wieder- Haupttheil Kleinhirn- nige, Längs- nlaris al-o en Wurzeln	einen bis meh- rere Monate nach d. Geburt	ren Wurzeln : III	A.
Ammonshorn (Avleus).	Ls. Th. is I. dritte Stirn- Lob.paracentr. Fuss d. I. Stirn- Fuss d. I. Stirn- Fuss d. I. Stirn- Fus d. I. Frontale Riechsphäre: Rand der Basis der Rand der Basis der Rand der Basis der Rand der Basis der Theil Weise Stirnlappen u. beseler Theil der Bophäre: Thous und einen Forsten, mitt Forsi des benachb. inn Haken- Haken- Haken- des Gyrus Grund der Insel sus. u. Fornicatus.			nach dem System Nr. I der hinteren Wurzeln	Olfactoriusgebiet	Corticopetales
	im Bereich oder am Rand der Körper- fühl oder Biech sphäre (vermuth- lich)	in der Hanben- schleife	yestatten die anatomischen ersuchungen noch keine sicheren Angaben.	19iH taU	Schmeck- sphäre	System
	Rinde der Fissura calcarina.	Gratiolet's Schstrahlung	1. direct zum 2. indirecte, bus Russeren Kniehöcker Kniehocker Kn	(im Sehnery) Mitte des zehnten Monats	Optisches Gebiet	
	Rinde der ersten Schäfewindung, hauptsächlich ihrer Wurzeln, der beiden Querwindungen des Schläfelappens.	vom unteren Vierhügelganglion zum inneren Knie- höcker.	de lu se lu	nach der Geburt, zuletzt von allen Sinnesleitungen	Acustisches Gebiet (Schneckennery)	

Sinnes- (gebiete.	(Sensible) Sys I.	II.	(Sensible) Systeme der hinteren Wurzeln: I. III. III.	Olfactoriusgebiet	Schmeck- sphäre	Optisches Gebiet	Acustisches Gebiet (Schneckennery)
Zeit der Mark bildung	von Anfang des 9. Fötal- monats an	etwa einen Monat später	etwa einen rere Monate Monat später nachd, Geburt	nach dem System Nr. 1 der hinteren Wurzel		(im Sehnerv) Mitte des zehnten Monats	nach der Geburt, zuletzt von allen Sinnesleitnugen
	a) den obigen sensil gefähr entsprechende direct durch den austretende Bahnen: Pyramiden- bahn b) in directe, du und zwar die "dorso-mee (vorderer und inneren Bahnen: der vordere wiegend mit dem Lob. Ammonshorn speciell pus mammillare und Bündel) in Verbindun seinem dorsalen susser Kern von Monakow) windungen im inneren Fuss sämmtlicher Stii dem Streifenhügel. (s. Sehsphäre.) Medullarwärts hängt Kerngruppe vielleicht Haubenbahn, ferner mi vom Thalamus in das grau der Vierhügel und	a) den obigen sensiblen Systemen ungefähr eutsprechende, von der Rinde direct durch den Hirnschenkelfuss austretende Bahnen: Pyramidenbahn noch nicht hirnrindenbahn bestimmbar brücken bahn bestimmbar brücken bahn bestimmbar brücken bahn brücken brücken bahnen: der vordere Kern steht vorwiegend mit dem Lob. limbicus (mit dem Ammonshorn speciell durch Fornix, corpus mammillare und Vicq d'Azyr'sches Bündel) in Verbindung, der innere in seinem dorsalen äusseren Theil (lateraler Kern von Monakow) mit den Centralwindungen im inneren Theil mit dem Fuss sämmtlicher Stirnwindungen und dem Steifentigel. (Bezügl. Pulvinars. Schsphäre.) Medullarwärts hängt die dorso-mediale Kerngruppe vielleicht mit der centralen Höhlengrube grau der Vierhügel und der Rautengrube	hen Systemen un- von der Rinde Hirnschenkelfuss Erontale Gross- har Briokenbahn rch den Sehhtgel diale" Karngruppe Kern steht vor- limbicus (mit den hurch Fornix, cor- limbicus (mit den hurch Fornix, cor- limbicus (mit den murch Fornix, cor- limbicus (mit den furch Fornix, cor- limbicus (mit den murch Fornix, cor- limbicus (mit den murch Fornix, cor- limbicus (mit den murch in der innere in en Theil (lateraler in Theil mit den mrawindungen und Bezügl. Pulvinar die dorso-mediale mit der centrale der Rautengrube	vermu weld frontal porale ausgel Globus Linseu Thate Hirn konnte nac		Nach der Sehstrahlung entstehende Faserbündel, welche mit dem Pulvinar in Verbindung stehen. Sie nehmen in der Sehstrahlung nirgends einen Abschnitt für sich ein, sondern sind überall gemischt mit Fasern, welche aus dem äusseren Kniehöcker basw. vorderen Vierhügelhervorgehen. Ursprung in der Rinde: gesammter Cuneus und Lobulus lingualis bis zur basalen Fläche des Hinterhaupts-Schläfenlappens.	Aus 'der Hörsphäre bezw. ihrer nächsten Umgebung hervorgehende Theile der äusseren Bindel des Hirnschenkelfusses (temporale Grosshahn), die zu den distalen Abschnitten des grossen Brückenganglion führen. Eine zweite corticofugale Bahn scheint in Fasern gegeben zu sein, die von der Hörsphäre zur Grenzregion von Pulvinar und innerem Kern des Thalamus gelangen.

B. Corticofugales System (motorische bezw. Reflexbahnen).

occipitalis, nicht aber die ausseren Occipitalwindungen bezw. den Gyrus augularis. Letzterem wird die Zugebörigkeit zur Sehsphäre gänzlich ab-Er besitzt überhaupt keine eigenen Projectionsfasern (corticopetale oder fugale), sondern was als Stabkranz desselben beschrieben wird, gehört entweder der darunter gelegenen und deshalb bei Zerstörung des Gyrus angularis leicht in Mitleidenschaft gezogenen Partie der Sehstrahlung oder dem Stabkrauz des sensiblen Systems I und II an. Dagegen scheint im Gyrus angularis von der Seh- (und Hör-) Sphäre nach vorn ein mit der motorischen Gegend für Kopf und Augen zusammenhängendes Associationssystem zu laufen. Das bei Verletzung dieses Gyrus auftretende Herdsymptom (conjugirte Deviation von Kopf und Augen) sei daher kein directes, sondern ein indirectes. Auch ein in der Nähe befindliches und deshalb von F. mit Gyrus subangularis bezeichneter Windungsabschnitt (Verbindungsstück zwischen zweiter Temporal- und zweiter Occipitalwindung), der in Bezug auf das Auftreten markhaltiger Bündel der Umgebung vorausgeht, wird von F. als associatives Rindengebiet bezeichnet, da Projectionsfasern nur in geringer Zahl darin vorhanden sein können, auch nach seiner Zerstörung keine absteigende Degeneration (Thalamus, innere Kapsel etc.) erfolgt. Association erstreckt sich von der Hör- und Sehsphäre einerseits zur Körperfühlsphäre andrerseits.

Die Endstation des Vestibularis, der wie die meisten hinteren Wurzeln der Medulla oblongata verläuft, dürfte in der Körperfühlsphäre zu suchen sein, er besitze zweifellos reiche Verbindungen zum Linsenkern.

Noch bevor die sensiblen Wurzeln der Medulla oblongata Mark besitzen, differenziren sich in derselben (Formatio reticularis) Gruppen grosser Zellen, deren Axencylinderfortsätze in Fasern der spinalen Vorderseitenstränge (Grundbündel) übergehen; es handelt sich hier offenbar um eine dem Stadium der Reflexthätigkeit des Centralnervensystems vorangehende cen trifugale Einrichtug automatischen Characters. Es ist wichtig, diesem gegenüberzustellen, dass die "motorischen Bahnen der corticalen Sinnessphären ausnahmslos erst nach Fertigstellung der sensiblen entstehen."

Die Frage, in welchem Umfange sieh die Sinnessphären der Grosshirnrinde an den Erscheinungen des Bewusstseins bezw. den geistigen Vorgängen
überhaupt betheiligen, wird damit beantwortet, dass denselben in erster
Linie die Verknüpfung der neben und nach einander stattfindenden Einzeleindrücke zu einem einheitlichen Gesammteindruck zukommt; dies wird an
der Hand des klinischen Bildes der durch Zerstörung der Centralwindungen
bedingten Taststörung, sowie der "perceptiven" und "apperceptiveu" (sensorischen bezw. amnestischen) Worttaubheit — im Gegensatz zu Wernicke's an ältere Auffassungen sich anlehenenden Begriffe von den
"Erinnernagsbildern" exemplificirt. Dass den nervösen Elementen der Sinnessphären eine gewisse Art Gedächtniss zukommt, betrachtet F. dabei als
selbstverständliche Voraussetzung, nur seien sie unfähig, grössere Mengen
von Erinnerungsbildern selbstständig zu reproduciren.

Die für die Gedächtnissspuren der Sinneseindrücke besonders wichtigen Regionen des Grosshirns sind die Associationscentren, nämlich: vordere Abschnitte der 1. und 2. Stirnwindung, Theile

Digitized by GOOGLE

der 3. und des Gyrus rectus im Stirnhirn, die Insel bis an ihre Ränder, die 1. und 2. Parietal-, die 2. und 3. Temporalwindung, ausschliesslich des inneren Polus temporalis, der Gyrus occipito-temporalis, die 2. und 3. Occipitalwindung und der Präcuneus (fast ganz).

Sie kennzeichnen sich:

- durch späte Entwicklung des Marks (ausgenommen des Gyrus sabangularis),
- 2. dadurch, dass Projectionsfasern von irgend erheblicher Menge darin nicht auftreten, sondern
- 3. zahllose Associationsfasern aus den benachbarten Sinnescentren in sie hineinwachsen. Diese Fasern verknüpfen indirect, nicht direct, die Sinnesfasern miteinander.
- 4. durch eine besondere Structur der Hirnrinde (siehe: "Hirn u. Seele").

 Bresler (Freiburg i. Schl.).

VII) J. P. Elias (Eindhoven): Hartziekten, afhankelijk van aandæningen der nervi vagi (Von Vagusläsionen abhängige Herzleiden.)
(Utrechter Dissertation. Verlag von Boekhoven; 71 S. 8°.)

Die Arbeit gehört zu einer längeren Reihe von Untersuchungen -zum grossen Theile sind sie als Dissertationen publicirt --, welche unter
Leitung von Prof. Winkler, jetzt in Amsterdam, gewisse Probleme der
Gefässinnervation, Gefässernährung, sowie ferner speciell solche der Sympathicus-Physiologie behandeln.

Vagusausrottung beiderseits, vorzugsweise bei Tauben, ferner bei Kaninchen und Hunden, führte zu einer acuten Myo- und Endocarditis, letztere besonders am freien Klappenrande in kleinen Knoten ausgesprochen. Im Myocard neben entarteten Muskelfasern auch kleine Herde neugewucherter Muskelzellen.

E. spricht nun die Vermuthung aus, dass die bei einer Reihe von Krankheiten, besonders auch von chronischen Nervenkrankheiten vorkommenden Herzeomplicationen auf eine begleitende Vagusaffection zurückzuführen sind; sehr ausführlich exemplificirt er diese Hypothese auf die Chorea; sie könne als eine Infectionskrankheit betrachtet werden, welche auch zu einer toxischen Vagusaffection führen könne, aus welch letzterer dann die Endocarditis Choreatischer hervorginge. Wenn E. zur Stützung dieser Auffassung drei eigene Fälle von Neuritis (resp. von Entartungsreaction leichtesten Grades) bei Chorea anführt, so läss sich einwenden, dass aus seinen Angaben nicht ersichtlich ist, ob diese Kranken nicht wegen ihrer Chorea Arsenik bekommen haben.

VIII) H. Bervoets (Utrecht): Over spontaan gangreen en over de van zenuwlijden afhankelijke veranderingen in de wanden der bloedvaten. (Ueber spontane Gangran und über die von Nervenleiden abhängigen Veränderungen in den Gefässwänden.)

(Utrechter Dissertation. 70 S. 8°, 1 Tafel.)

B. geht davon aus, dass neuerdings (Dehio, Rakhmanikoffu. A.) bei verschiedenen Formen der spontanen Gangran Arterienverdickung, Neu-

ritis und Gangran neben einander gefunden worden sind, und wirft die Frage auf, in welchem Verhältnisse diese drei Dinge zu einander stehen: er nennt 4 a priori mögliche Erklärungen: 1. dass die Arteriitis die Ursache der Neuritis und zugleich der Gangran ist; 2. dass, wie Raynaud behauptete, in Folge von Gefässkrämpfen Gangrän eiutritt und auf die Gangran sowohl Nervendegeneration wie secundare Arteriitis folgt: 3. dass die Neuritis die Ursache der Arteriitis ist und dass letztere Gangran nach sich zieht; 4. dass die Neuritis durch einen trophischen Einfluss auf das Gewebe Gangran hervorruft und dass letztere zur Endarteriitis führt. glaubte eine Lösung dieser Frage nur auf experimentellem Gebiete bringen zu können. Er theilt ferner zwei eigene Fälle von symmetrischer Gangrän mit, wo sich Neuritis und Endarteriitis obliterans fand, während bei einem der Fälle eine Influenza-Neuritis monatelang der Gangran vorausging. Experimente waren folgende: An einer grösseren Zahl von Kaninchen wurde der Ischiadicus durchschnitten, das periphere Ende ausgerottet und in verschiedenen Zeiten nach der Operation die art. tib. post. untersucht. Es fand sich nun, je später, desto intensiver, eine Atrophie der peripher gelegenen, eine Wucherung der central gelegenen Muskelschichten des Gefässes, wobei Endothelwucherungen nur geringfügig waren, jedoch die Durchbrechung der Intima durch gewucherte Muskelfasern stellenweise den Anschein einer Endarteriitis erweckte. B. kommt aus diesen Beobachtungen zu der Anschauung, dass die spontane Gangran, "wie auch entstanden, ob in Folge von Alcoholismus, Lues, Diabetes, Lepra, oder nach der eigenartigen Endarteriitis obliterans oder als Erscheinung der Raynaud'schen Krankbeit, ein und denselben Ausgangspunkt hat, und das ist die degenerative Neuritis, wie sie bei einer Anzahl von Intoxications- und Infectionskrankheiten wahrgenommen wird." Kurella.

CENTRALBLATT

fiin

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

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

XX. Jahrgang.

1897 Februar.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Ueber musikalische Zwangsvorstellungen.

Vortrag, gehalten in der Section III des internationalen Congresses für Psychologie in München

von L. LOEWENFELD (München).

M. H.! Im vorigen Jahre trat eine 30 jährige Fabrikantengattin, Mutter von 4 Kindern, wegen Melancholie, die nach einer normal verlaufenen Entbindung während des Wochenbettes eingetreten war, in meine Behandlung. Die Patientin ist von väterlicher Seite erblich belastet und hatte schon früher mehrfach (4 oder 5 mal) an länger dauernden melancholischen Zuständen gelitten, und eine dieser Attaquen hatte sich ebenfalls nach einer Entbindung eingestellt. Es handelte sich demnach, wenn man will, um eine periodische Melancholie, die aber ihren Erscheinungen nach der leichteren Form der Melaucholie angehörte, der Melancholia simplex oder sine delirio der Autoren. Die Symptome waren die gewöhnlichen: Verstimmung, Angetzustände, Selbstmordideen, eine gewisse psychische Anästhesie. Nur ein Symptom bot die Kranke, welchem ich in ähnlichen Fällen noch nicht begegnet war und das auch sonst nicht öfters beobachtet worden zu sein scheint. Die Kranke hatte seit Beginn der Verstimmung wie schon während der früheren melancholischen Zustände fortwährend Melodien im Kopfe und zwar ganz vorwaltend solche heiteren Characters, welche sie in hohem Maasse belästigten. Die Patientin befand sich bis zu ihrer definitiven Heilung mehr als 4 Monate in meiner Beobachtung. Während dieser Zeit schwankte ihr Zustand zum Theil sehr erheblich, und dabei stellte sich immer heraus, dass mit dem Zurticktreten der Verstimmung die Melodien im Kopfe seltener wurden oder auch sich ganz verloren, bei Verschlimmerung des Zustandes dagegen wieder stärker sich geltend machten; erst mit der definitiven Heilung schwanden dieselben dauernd. Inhaltlich wechselten die Melodien sehr, je nachdem die Patientin das eine oder andere zufällig hörte oder selbst spielte oder zufällige Erinnerungen in ihr auftauchten. Dabei waren während der ganzen Beobachtungszeit heitere, leicht zu spielende Weisen vorherrschend; zeitweilig kam es jedoch vor, dass die Patientin lediglich schwer zu spielende Melodien im Kopfe hatte und dabei genöthigt war, sich den betreffenden Fingersatz vorzustellen; dies strengte sie sehr an und verursachte ihr zugleich eine sehr peinliche Aufregung und Steigerung des Verstimmungszustandes.

Der Zwangscharacter der in Frage stehenden Melodien unterliegt keinem Zweisel; dieselben traten unabhängig von associativen Vorgängen auf, liessen sich durch den Willen der Kranken nicht aus dem Kopse bannen und machten ihr selbst den Eindruck von etwas Ausgedrungenem, Fremdartigem. Da es sich um musikalische Vorstellungen handelt, haben wir es demnach mit musikalischen Zwangsvorstellungen zu thun. Ich hatte das Vorkommen solcher schon früher in vereinzelten Fällen constatiren können, denselben jedoch keine besondere Beachtung geschenkt; die Intensität und Andauer der Störungen im obigen Falle veranlasste mich jedoch, diese Gattung von Zwangsvorstellungen weiter zu versolgen, und ich sand auch Gelegenheit sowohl bei Patienten, die in der Zwischenzeit in meine Behandlung kamen, als bei solchen, welche ich srüher in Beobachtung hatte, hierüber Mehreres zu ermitteln, was ich im Folgenden in Kürze berichten will.

Musikalische Zwangsvorstellungen finden sich nicht ausschliesslich bei Kranken; wir wissen, dass solche gelegentlich vorübergehend und zum Theil auch nur wenig prägnant bei gesunden oder nur nervösen Personen auftreten; dauernder und in grösserer Intensität machen sich dieselben jedoch nur bei nervösen und psychischen Leiden und zwar nach meinen Erfahrungen bei Zuständen von Neurasthenie, Hysterie und Melancholie geltend.

Was den Stand der betreffender Patienten anbelangt, so ist es begreiflich, dass dieselben sich vorwaltend aus den Kreisen der berufsmässig mit Musik sich beschäftigenden oder intensive Musikstudien treibenden Personen rekrutiren; doch begegnen wir den in Frage stehenden Zwangsvorstellungen gelegentlich auch bei Personen, bei welchen von einer Ueberanstrongung durch Musikubung keine Rede sein kann. Die erwähnte Patientin z. B. befasste sich zwar mit Klavierspiel, aber durchaus nicht im Uebermaasse und jedenfalls nicht mehr als viele andere Frauen der gebildeten Stände, welche von musikalischen Zwangsvorstellungen verschont bleiben. Die musikalischen Themata, mit welchen sich die Patienten augenblicklich beschäftigen, bilden nur in einem Theile der Fälle und zwar in dem kleineren die Quelle der Zwangsmelodien; häufiger liefern nur zufällig gehörte oder früber gespielte Melodien das Material für dieselben. Hinsichtlich ihres musikalischen Inhaltes variiren die Zwangsmelodien natürlich unendlich; neben leichten und einfachen Weisen heiteren oder ernsteren Characters, die allerdings vorherrschen, finden sich Melodien von höberer musikalischer Dignität vertreten. Eine meiner Patientinnen wurde z. B. längere Zeit von Wagner'schen Leitmotiven verfolgt. Bemerkenswerth ist der Umstand, das bei Personen von höherer musikalischer Bildung, welche dieser entsprechend

sich nur mit Musik höheren Stiles befassen, die musikalischen Zwangsvorstellungen ganz vorwaltend einen musikalisch trivialen Character zeigen (Gassenhauer, Operettenwalzer etc.), was die Belästigung für die Betreffenden erhöht.

Ihrem Vorstellungsinhalte nach gehören die musikalischen Zwangsvorstellungen zum grössten Theil, jedoch nicht ausschliesslich, dem Gebiete der Gehörsvorstellungen an; in manchen Fällen (so z. B in dem oben erwähnten Falle) verknupfen sich mit den acustischen entsprechende zwangsmässige Bewegungsvorstellungen, i. e. ein Zwang, sich den Fingersatz der Melodien, welche innerlich gehört werden, vorzustellen; dieser wird in der Regel als etwas sehr Qualendes und Anstrengendes empfunden. Nach einer Belehrung, welche mir von einer sehr musikverständigen und mit den hier in Rede stehenden Zwangsvorstellungen wohlvertrauten Dame zu Theil wurde, treten diese motorischen Zwangsvorstellungen nur bei Personen auf, welche wenig Gebör und musikalisches Verständniss haben und bei ihren Musikstudien das Hauptgewicht auf die Technik legen und in dieser auch sehr vorgeschritten sein mögen. Mitunter vergesellschaften sich die acustischen Vorstellungen mit Zwangsimpulsen und Bewegungen, die auf Aeusserung derselben gerichtet sind: Zwang, die innerlich gehörte Melodie zu singen, zu pfeifen oder zu summen.*)

Dass die hier in Rede stehenden Störungen ausserordentlich hartnäckig sich zeigen können, haben wir bereits aus der mitgetheilten Beobachtung ersehen. Bei der erwähnten Patientin hielt die Belästigung durch Melodien zum Theil mehr oder minder während des ganzen Tages an, der Schlaf wurde jedoch dadurch nie gestört; in anderen Fällen stellen sich die Melodien namentlich Nachts ein und rauben durch ihre hartnäckige Andauer den Leidenden völlig den Schlaf. Selbst Tag und Nacht kann die musikalische Qual auhalten. Eine Patientin meiner Beobachtung z. B., welche sich für die Oper ausbilden wollte, brachte es durch angestrengte Musikstudien so weit, dass die Melodien, welche sie sang und spielte, Tag und Nacht ihr nicht mehr aus dem Kopfe gingen, der Schlaf dergestalt vollständig verloren ging und ein ganz desolater Zustand sich bei ihr einstellte.

Wenn die musikalischen Zwangsvorstellungen in grosser Intensität längere Zeit anhalten, so können dieselben, abgesehen von der Schlafstörung, noch verschiedene andere peinliche Zufälle, Herzklopfen, Angstzustände, Uebelkeiten und Brechneigung, hochgradige Aufregung, Zustände von Verwirrtheit und Lebensüberdruss herbeiführen. Glücklicher Weise treten die Zwangsmelodien nicht immer in so bedenklicher Weise auf; häufig bilden sie nur eine intercurrent für Stunden sich einstellende Belästigung.

Ueber die centralen Vorgänge, durch welche die musikalischen Zwangsvorstellungen hervorgerufen werden, sind wir noch sehr im Unklaren. Am einfachsten liegt die Sache für unser Verständniss in jenen Fällen, in welchen Ueberanstrengung durch musikalische Uebungen eine ursächliche Rolle spielt

^{*)} Es ist möglich dass mitunter die musikalischen Zwangsvorstellungen lediglich aus Bewegungsvorstellungen sich bilden und das acustische Element denselben mangelt; es würde sich dann um ein rein inneres Intoniren einer Melodie handeln; in den von mir beobachteten Fällen liess sich jedoch das Vorhandensein einer solchen Varietät der musikalischen Zwangsvorstellungen nicht sicher constatiren.

und die Zwangsvorstellungen inhaltlich jenen Sujets entstammen, mit welchen sich der Patient im Uebermaass beschäftigte. Man kann hier annehmen, dass es sich um einen durch functionelle Hyperämie bedingten andaueruden Reizzustand gewisser Elemente der corticalen Hörsphäre handelt. Allein diese Art der Erklärung trifft nur für den kleinsten Theil der Fälle zu, da die musikalischen Zwangsvorstellungen, wie wir sahen, zum Theil bei Personen auftreten, bei welchen Ueberanstrengung durch Musikübung überhaupt nicht vorliegt, und in den Fällen, in welchen solche alleidings statthatte dieselben doch nicht den Musikstücken entstammen, mit denen sich die Patienten speciell im Uebermaasse beschäftigten.

Nach dem, was ich bisher ermitteln konnte, sind zum Auftreten musikalischer Zwangsvorstellungen von pathologischer Intensität und Dauer 2 Umstände erforderlich:

I. Beschäftigung mit Musik, wodurch eine gewisse unentbehrliche Disposition begründet wird. Bei nicht musikalischen Personen stellen sich musikalische Zwangsvorstellungen überhaupt nie in einer Weise ein, dass sie eine ernstliche Belästigung bilden.

II. Ein Erschöpfungszustand des Gehirns (Cerebrasthenie), der irgendwie entstauden sein mag. Erheblichere Grade der Cerebrasthenie bedingen direct das Auftreten musikalischer Zwangsvorstellungen, während geringere Grade der Affection zunächst nur die durch die Beschäftigung mit Musik herbeigeführte Disposition verstärken. Vorübergehende Steigerung cerebrasthenischen Zustandes durch geistige Ueberanstrengung, auch durch Beschäftigung mit Gegenständen, welche dem Gebiete der Musik ganz fernliegen, oder andere Umstände können dann die musikalische Qual für längere Zeit heraufheschwören, wie folgender Fall in sehr instructiver Weise zeigt. Eine cerebrasthenische Patientin meiner Beobachtung, welche öfters in sehr intensiver Weise an musikalischen Zwangsvorstellungen gelitten hatte, aber schon längere Zeit davon verschont war, wohnte einer sogenannten Maiandacht bei. Einige Tage später beschäftigte sie sich in ungewohnter Weise mit Lesen und Abschreiben und in der Nacht des Tages, an welchem diese Ueberaustrengung stattgefunden hatte, wurde sie von einer der Melodien, die sie in der Maiandacht gehört hatte, unaufhörlich gequält, so dass von Schlaf keine Rede war und die Patientin nahezu in Verzweiflung gerieth. Die betreffende Melodie hatte auf die Patientin beim Anhören keinen besonderen Eindruck gemacht, letztere hatte sich auch in der Zwischenzeit mit derselben nicht weiter beschäftigt; es handelte sich also um eine ganz indifferente musikalische Erinnerung, welche bereits mehrere Tage ruhig im musikalischen Gedächtnisse geschlummert hatte, als sie unter dem Einflusse einer transitorischen Gehirnüberreizung in Form der Zwangsvorstellung reproducirt wurde.

Bemerkenswerth ist ferner, dass bei einem erheblichen Theile der an musikalischen Zwangsvorstellungen Leidenden sich auch Zwangsvorstellungen anderer Art und Phobien finden. Die Eingangs erwähnte Patientin litt seit Jahren bereits an Agoraphobie. Mitunter haben die neben den Zwangsmelodien sich einstelleuden Zwangsvorstellungen gewisse Beziehungen zum musikalischen Gebiete. So erwähnte ein Patient (hereditärer Neurastheniker), dass er beim Studium der Harmonielehre überall an den Gegenständen

Digitized by GOOGLE

Ashnlichkeiten mit einem Septakkord fand. Auch kommt es vor, dass die musikalischen Zwangsvorstellungen mit Zwangsvorstellungen anderer Art alterniren, derart, dass z. B. nach dem Schwinden der Zwangsmelodien sich sofort ein gewisser Grübelzwang geltend macht. Der Umstand, dass bei melancholischer Verstimmung vorwaltend musikalische Zwangsvorstellungen heiteren Characters sich einstellen, erscheint an sich sehr befremdlich, wir können denselben jedoch durch Berticksichtigung mehrerer Thatsachen unserem Verständnisse einigermassen näher rücken. Wir wissen, dass bei Melancholie Zwangsvorstellungen verschiedener Art vorkommen und ausserdem den Zwangsmelodien sehr nahestehende Phänomene, Gehörshallucinationen, keine Seltenheit bilden. Bei der Entstehung der Zwangsvorstellungen ist ferner das Associationsprincip des Contrastes offenbar in manchen Fällen wirksam, so z. B. bei dem Auftreten sacrilegischer Zwangsvorstellungen bei Personen von streng religiöser Gesinnung, beim Auftreten von Zwangsimpulsen, liebe Angehörige zu tödten oder körperlich zu schädigen, bei Menschen, welchen ibre Familie das Theuerste ist. Dass auch bei musikalischen Zwangsvorstellungen sich dieses Princip geltend macht, ersehen wir nicht nur aus der Beschaffenheit der Zwangsmelodien bei Melancholie, sondern auch aus der Thatsache, deren wir oben Erwähnung thaten, dass bei musikalisch hochgebildeten Personen die Zwangsmelodien ganz vorwaltend im Gegensatz zu den musikalischen Neigungen der Betreffenden stehen.

Zusatz.

Im Anschluss an vorstehende Mittheilungen berichtete Dr. Mingazzini in der betreffenden Sitzung des psychologischen Congresses über den von Professor Sante de Sanctis in Rom veröffentlichten Fall eines jungen Mannes, welcher an Anfällen von zwangsweisem Singen litt. Letzterer Autor hatte auch die Güte, mir seine Publication*), welche mir bis dahin unbekannt geblieben war, zuzusenden.

Es handelt sich um einen mit hereditärer Neurasthenie behafteten 23jährigen Tapezierer, bei welchem auch die Erscheinungen der Zweiselund Grübelsucht bestanden und musikalische Zwangsvorstellungen in äusserst qualvoller Weise bereits seit Jahren ausgetreten waren. Ueber die Anfälle von zwangsweisem Singen berichtet der Patient selbst folgendermassen: "Ich weiss nicht, wie es kam, dass mich die Melodien, die ich als Soldat erlernt hatte, zu quälen begannen. Thatsache ist, dass ich mich seit 3 oder 4 Monaten sehr schlecht befinde, dass ich keinen Appetit habe und niedergeschlagen bin; ich glaube, würde ich Arbeit finden, so würde es mir besser gehen. Den ganzen Tag ertönen mir Musikweisen im Ohre. Sie liegen mir unangenehm im Kopse und auf dem Magen, und doch gelingt es mir nicht, diese verdammten Melodien von mir zu weisen. Die Musik war mein Ruin. Von Morgens bis Abends kämpste ich verzweiselt; während ich mich des Tages ein wenig durch Bummeln durch die Strassen Roms zerstreue, kann ich des Abends, wenn ich das Bett aussuche, nicht mehr widerstehen.

^{*)} Sante de Sanctis (Roma): Ossessioni ed impulsi musicali.
Estratto dal Bulletino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma. Fascicolo II, Anno XV, 1895. Poggibonsi 1896.

und wie sehr ich mich auch anstrenge, fluche, mich zurückhalte -- fange ich doch zu singen an. Ich habe mit meiner Mutter Mitleid, die nicht schlafen kann, doch ich versuche alles, ohne im Stande zu sein, mich zu beherrschen. Im Gegeatheil, die Anwesenheit meiner Mutter im Zimmer scheint es zu verschlimmern; ich denke, ich müsse zuhig sein, um sie im Schlafe nicht zu stören, und da fühle ich mehr denn je den Drang zu singen. Eine Zeit lang habe ich mich im Zaume gehalten. Die Idee kam mir, aber bald bewegte ich mich, bald hustete ich, bald fluchte ich, indem ich den Kopf unter die Decke steckte, und so weckte ich die Mutter nicht auf. Aber jetzt ist es fast schon ein paar Monate, dass ich meiner nicht menr Herr werden kann, und fast jeden Abend ist die nämliche Geschichte los."

Der Drang zu singen stellte sich bei dem Patienten mitunter auch unter Tags ein, wenn er zufällig Musik hörte. Der Verfasser führt den Singzwang im vorliegenden Falle auf das von Freud als "Gegenwille" bezeichnete Phänomen zurück, welches dem Gebiete der Contrastvorstellungen angehört. Ausserdem fand ich die musikalischen Zwangsvorstellungen nur noch in einer Arbeit von van Deventer*) erwähnt, die mir nicht im Original zugänglich ist.

II. Original-Vereinsberichte.

I.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 12. December 1896.

26) Moeli: Krankenvorstellung.

Patient ist ein Mann von 31 Jahren, in dessen Familie eine Schwester an Krämpfen leidet. In der Schule hat er mässig gelernt. Seit dem 15. Lebensjahre hat er einen Herzfehler nach Gelenkrheumatismus acquirirt, ist desshalb nicht Soldat geworden und hat sich nie schwerer Arbeit unterziehen können. Seit 10 Jahren arbeitet er an der Bahn und hat häufig Schwindelanfälle mit Flimmern, Finsterwerden vor den Augen, Kopfschmerzen, aber ohne Ohnmacht, Krämpfe, Zungenbiss. Der Anfall ging jedesmal rasch verüber. 1888 ist er auf dem Eise hingefallen, hat dadurch aber keine wesentliche Zunahme seiner Beschwerden bekommen. Seit 8 Jahren ist er verheirathet und hat seit längerer Zeit nicht ohne Grund die eheliche Treue seiner Frau verdächtigt. Seit 3 Jahren glaubt er, sie habe ihm etwas in den Kaffee gethan. Getrunken hat er sehr mässig, vertrug aber sehr wenig. Nach einer Verschlechterung seines Zustandes verletzte er nun seine Frau sehr schwer in einem Stadium von Bewusstlosigkeit. Wie das zu Stande kam, erscheint nicht ohne Interesse. Im vorigen Jahre angstigte er sich wegen eines Kehlkopfleidens, eines Papilloms, sehr, ist bei sehr vielen Aerzten gewesen und einmal mit Cocain eingepinselt worden.

^{*)} van Deventer: Einfluss der Tonkunst auf psychopathologische Zustände. Psychiatr. Pladen, Theil 9. Lief. I.

wonach er einen Ohnmachtsaufall bekommen hatte. Dieser Umstand wirkte ubel auf ihn ein. Er war der Grund für den Ausgang von Befürchtungen, dass er sein Leben verlieren müsste. Früher hat er manchmal Schnaps getrunken, zuletzt verwandte er nun alle seine Ersparnisse zum Trinken, hat jeden Tag eine Flasche Rothwein und eine Flasche Ungarwein getrunken. Bezuglich des Ereignisses mit seiner Frau erinnert er sich, an dem Bett derselben in der betreffenden Nacht einen Mann gesehen zu haben. dachte, er hätte ihn fest gepackt. Aber der Mann verschwand in der Küche, wohin er ihm nachging. Dann weiss er nicht mehr, dass er sich wieder hingelegt hat, hat die Frau nicht im verletzten Zustand gesehen, kann nicht sagen, womit er sie verletzt hat, wo er das Messer hergenommen. Es steht nun Folgendes fest: Mehrere Male vor der Nacht zum 7. Januar, in der die Frau von ihm 2 tiefe Stiche in den Hals bekam, mit nachheriger Embolie und Aphasie, ist er Nachts aufgestanden und mit der Lampe im Zimmer umhergegangen. Er selbst weiss davon gar nichts und war sehr erstaunt, als seine Frau ihm sagte, er habe nach Jemandem gesucht. Die Schwester der Frau, die ausnahmsweise im Hause logirte, lag in einem Bett und er mit seiner Frau im anderen. Die Schwägerin ist dadurch erwacht, dass ihre Schwester um halb 2 Uhr rief, sie blute ja zu Tode. Dieselbe stand blutend in der Stube, der Mann stand daneben und rührte sich nicht. Als die Schwester ohnmächtig umgesunken war, ging er ruhigen Schrittes im Hemde zur Thüre hinaus, wie sie meint, zur Küche. Was er dort gemacht hat, weiss sie nicht. Sie eilte darauf hilfesuchend fort und als sie wieder hereinkam, sass er an seinem Bett. Sie rief ihn an, er möchte Hilfe herbeirufen, worauf er keine Folge leistete. Schliesslich fing er an, sich die Hosen anzuziehen. Die Schwester der Frau ging nun noch einmal fort und als sie zurückkam, lag er ruhig im Bett. Am folgenden Morgen war Patient äusserst erstaunt, als die Frau sagte, sie sei verletzt. Der Bruder brachte nach Verschlechterung des Zustandes der Frau die Sache zur Anzeige. Im ersten Verhör sagte P., wisse von der ganzen Sache nichts. Er könne sich nur erinnern, dass ein rothhaariger Herr ins Zimmer gekommen sei, den er habe Kurze Zeit darauf nahm er seine Aussage greifen wollen. auf Anrathen eines Mitgefangenen, da er sonst zeitlebens ins Irren-Er gab an, er habe in Folge eines Streites seine Frau verletzt, dann sei er hinausgegangen, um sich aufzuhängen. Ein vorgezeigtes Messer habe er nicht gebraucht, sondern ein Taschenmesser. Der Untersuchungsrichter wies das zurück, da die Schwester nichts von einem Streit Sebort hatte. Es war nun interessant, dass er kurz, ehe dieser Zustand eintrat, sein Testament gemacht hatte Einige Tage vorher war ihm besonders schlecht, an dem Tage vorher hatte er eine grosse Menge schwerer Spirituosen getrunken. In einem Briefe ausserte er, man habe ihm früher absichtlich durch Cocain Schaden zugefügt. Ausserdem beschuldigte er in einem zweiten Brief seine Frau der Untreue. Die Sachverstäudigen fanden ihn im Juni hypochondrisch und erachteten ihn für geisteskrank. Es liege die Frage vor, um welchen klinischen Vorgang es sich handle. Mit Bestimmt. heit könne man annehmen, dass die Schwindelanfälle keine auffälligen Folgen gehabt haben; es sei von ausgesprochen epileptischen Zuständen

nichts bekannt. Er hat lebhafte Angst, Beklemmungen gehabt und zuletzt viel Spirituosen getranken. Ein Grund, die Angaben des Patienten selbst bezüglich der Bewusstseinsstörung zur Zeit der That zu bestreiten, liege nicht vor, wofür namentlich die Angaben der Schwester sprächen. Somit ist für die That in jener Nacht wohl mit Bestimmtheit Amnesie anzunehmen. Es frage sich, ob nicht die Gewaltthätigkeit gegen die Frau auf Eifersucht als letzter Quelle beruhe. Ihre Verletzung konnte eine ganz zufällige sein. Der Kranke hat hallneinirt, um sich gegriffen, dabei die Frau verletzt. Es muss sich also höchst wahrscheinlich an die Sinnestäuschungen noch eine andere Vorstellungsreihe angeschlossen haben, die nun dem Kranken unbewusst geblieben ist, aber ein speciell gegen die Frau gerichtetes Moment in sich barg: die Eifersucht. Es können lebhaft betonte Tageseindrücke zweifellos in die Zeit der Bewusstlosigkeit der Kranken übergehen und auch den Anlass zu den dem Traum sich anschliessenden Handlungen geben. Vortragender selbst habe vor Jahren bei einem Kranken die ausgesprochene Eifersucht des Alcoholisten zu einer Schussverletzung der Frau in einem derartigen bewusstlosen Zustande führen sehen. Am ersten Tage war der Mann nicht absolut amnestisch. Nach 3 Tagen bestritt er auf's Aeusserste, dass er auf sie geschossen babe. Es sei die Frage, soll man derartiges als epileptisch bezeichnen oder nicht? M. glaubt, dass man das nicht ohne Einschränkung thun solle. Die Schwindelanfälle, die Epilepsie der Schwester könnten im positiven Sinne herangezogen werden. Andrerseits hat der Kranke schon einmal ein Jahr vorher, ebenfalls nach einem Familienfest, einen Zustand von Bewusstlosigkeit gehabt. Bei dem von einer solchen begleiteten nächtlichen Herumsuchen liege der Gedanke nahe, dass dieselbe Vorstellung bezüglich des Fremden, wie sie ihm in der 3. Nacht bewusst geworden ist, auch in den beiden früheren Nächten eine Rolle gespielt habe. M. sieht in ihm einen chronischen Kranken, der seit längerer Zeit Alcohol schlecht vertrug, an Circulationsstörungen erheblicher Natur litt, ganz abgesehen von der Berechtigung seiner Eifersuchtsideen chronische hypochondrische und Verfolgungsvorstellungen gehegt und zuletzt als auslösendes Moment gehäufte alcoholische Getränke genossen hatte.

Discussion.

Richter führt einen Fall aus Dalldorf an, wobei Ueberlegungen, die vorher eine grosse Rolle bei dem Kranken gespielt hätten, hernach in einem ähnlichen Zustand zur Geltung gekommen wären. Ein Alcoholist mit Epilepsie, der seine Invalidität auf Strapazen im Feldzug 1870 zurückführte, deswegen Rentenansprüche gestellt hatte, wurde beurlaubt, nachdem er sich vergeblich um Rente beworben hatte. Die Frau sagte, er sei zu Hause schlechter geworden. Als er eines Tages seinen Sohn zum Arbeitsplatz begleitete und ihm ein Officier begegnete, stürzte er sich auf ihn, riss ihn zu Boden und zog ihm den Degen aus der Scheide. Er hat die Sache zum Theil nachher in Abrede gestellt.

R. nimmt an, dass Patient sich thatsächlich in einem krankhaften Zustand befunden habe, in den die früher stark betonten Gedanken übergegangen wären und in welchem der Anblick des Officiers den Kranken zu der Gewaltthätigkeit veraulasst habe.

27) König (Dalldorf): Ein Fall von Aphasie.

Vortragender stellt den Fall von einem besonderen Gesichtspunkt aus vor, nämlich von dem der Aehnlichkeit der Sprachstörung zum Theil mit einfacher Dysarthrie. Eine ältere Frau hat 1885 einen Schlaganfall mit rechtsseitiger Lähmung und fast completer Aphasie erlitten. Sie wurde in der Charité behandelt, bat methodischen Sprachunterricht erhalten und wurde 1886 nach dem Siechenhaus geschickt. Allmählich entwickelten sich Symptome einer Paranoia, weswegen sie nach Dalldorf kam. Es sind Reste einer rechtsseitigen Parese vorhanden, die noch am stärksten im Bein nachweisbar ist; im rechten Arm werden beim Sprechen und besonders im Affect unwillkürliche Mitbewegungen gemacht. Die Intelligenz ist noch ganz leid-Sie klagt über Nachlassen ihres Gedächtnisses und erschwertes Die Sprachstörung ist fast ausschliesslich eine motorische. nächst sind Symptome einer amnestischen Aphasie vorhanden. Worte findet sie, wenn sie sich längere Zeit besinnt, und es lässt sich von ciner Reihe von Worten nachweisen, dass ihr der Wortbegriff gegenwärtig ist, nur dass sie es nicht über die Lippen bringt. Sie ist nämlich im Stande, die Zahl der Silben dieser Worte anzugeben. Im Allgemeinen ist die Sprache etwas verlangsamt. Leichte Worte kann sie fliessend hervorbringen, bei schwierigen tritt Stottern, Verstummelung, Versetzen von Silben, Zufügung von Buchstaben ein, ähnlich wie bei der progressiven Paralyse, und zwar sowohl beim Nachsprechen wie beim spontanen Sprechen. Pat. liest auch' 5stellige Zahlen völlig glatt, deutsche und lateinische Druckund Currentschrift mit Verständniss und macht ähnliche Fehler wie beim Sprechen. Sie ist sich dieses Defectes bewusst, ärgert sich darüber. Liest man selbst laut und macht dabei absichtliche Fehler, während man Pat. auffordert, leise mitzulesen, so kommt es selten vor, dass sie einen Fehler überhört. Was die Schrift anlangt, so bedient sie sich ausschliesslich der deutschen Buchstaben. Die optischen Erinnerungsbilder für die lateinische Schrift sind ihr erhalten, da sie sie ja liest; indessen ist die Fähigkeit, diese Erinnerungsbilder vom Begriff aus zu innerviren, zum Theil verloren gegangen, zum Theil abgeschwächt. Beim Dictatschreiben stellen sich ähnliche Fehler wie beim Sprechen heraus. Sie schreibt z. B. Pormenade statt Promenade, Arteti statt Artillerie. Offenbar spricht sie sich das Wort ionerlich mit und schreibt es dann in der Verstümmelung, wie sie es gesprochen, nieder. Symptome eigentlicher Worttaubheit sind nicht vorhanden. Der Fall ist kein ganz reiner. Er setzt sich zusammen aus Störungen corticaler, transcorticaler und subcorticaler Aphasie. Als letztere möchte K. die anarthrische Störung bezeichnen. Dafür, dass sie in diesem Falle mit zur Aphasie gehörig ist, brauche es keines besonderen Beweises. es auch ausgeschlossen, dass es sich um eine complicirende psychische Störung handelt. Reine Fälle subcorticaler motorischer Aphasie seien sehr selten. K. kann eine eigene Beobachtung anführen, wo bei einem Manne mit Monoplegia brachiofacialis eine Sprachstörung mit durchans demselben Character der eben geschilderten bestand; nur fehlte die amnestische Aphasie. Die spätere Section sprach zu Gunsten der aphasischen Auffassung. fand sich ein Tumor in der unteren Hälfte der Centralwindungen, der auf die Broca'sche Windung drückte. Bei dem vorgestellten Fall können die Digitized by GOOGLE Erscheinungen recht wohl aus einem Herde erklärt werden. Vor 2 Jahren habe eine Section bei einem Fall von amnestischer Aphasie, complicirt durch Gedächtnissschwäche und leichte Ermüdbarkeit, einen sehr grossen höblenartigen Herd der weissen Substanz ergeben. Aehnlich könnte man sich die Sache hier auch vorstellen, nur müsste sich der Herd mehr nach dem Centrum der unteren noch am meisten paretischen Extremität erstrecken.

28) Bratz-Wuhlgarten: Ueber die Behandlung der Epilepsie mit Opium-Bromkalium (Flechsig-Kur). (Autoreferat.)

43 sämmtlich früher mit Brompräparaten behandelte Epileptiker wurden innerhalb von 21/2 Jahren der Opium-Bromkur nach Flechsig unterworfen. Ausgewählt wurden einestheils Kranke, bei denen die einfache Bromtherapie unbefriedigende Resultate gegeben hatte, andrerseits solche mit gut erhaltener Intelligenz, bei denen das Leiden aus der Pubertät datirte.

Resultat:

1 mal bisher andauernde Verminderung der Aufälle mit entsprechender Besserung des psychischen Befindens.

4 bis 6 mal derselbe Erfolg 3-4 Monate anhaltend.

5 mal Sistirung der Anfälle ohne psychische Besserung 1-31/2 Monat.

2 mal Umwandlung der grand mal- in petit mal-Anfälle.

3 Todesfälle.

Die übrigen Kranken blieben bei Berücksichtigung der schon bei einfacher Bromtherapie constatirten Schwankungen ohne jede Besserung durch die Flech sigkur. - Durchschnittliche Gewichtsabnahme während der Oniummedication 3 Kilo und 360 gr, die sich rasch wieder ausgleicht. 5 epileptische Psychosen nach der Opiumentziehung. Bedrohliche convulsive Zustände während der Opiummedication wurden durch sofortigen Medicamentenwechsel wirksam bekampft.

Discussion.

Jastrowitz: Der Vortragende hat erwähnt, dass Fränkel Gunstiges berichtet habe. Dazu war die Zahl zu gering. So viel ergab sich allerdings, dass die Männer sich gänzlich refractär erwiesen, während der einzige günstige Fall ein junges Mädchen Im Beginn der 20er Jahre betraf. Einen Unglücksfall haben wir nicht zu verzeichnen gehabt. Allerdings sind wir mit grosser Vorsicht zu Werke gegangen; namentlich ist wesentlich die Beachtung von Herz- und Respirationsorganen, besonders ob Verwachsungen der Lunge oder unregelmässige Functionirung des Herzens vorhanden waren. Er habe diese Wahrnehmung auch schon damals ausgesprochen, als die Chloralkuren in Aufnahme kamen. Gerade die Verwachsung der Lunge möchte er in dem einen Todesfall, nicht die Verdickung der Mitralis beschuldigen. Da sie evidente Erfolge nicht gesehen hätten, hätten sie die Kur nicht weiter fortgesetzt.

Oestreicher führt im Gegensetz zu den recht ungünstigen Erfahrungen mit Opium-Brom einen ihm seit 11 Jahren bekannten Fall an, der mit Moeli's Atropinkur bis auf leichte Aequivalente geheilt ist.

Jolly: Soweit er Versuche mit der Flechsig-Kur gemacht habe. haben dieselben sich durchaus nicht als günstig erwiesen. Es sei keine

sehr grosse Zahl von Fällen, aber ausschliesslich Frauen, die allgemein als besser resgirend bezeichnet werden. In jüngster Zeit habe er erst wieder einen sehr schweren Fall bei einer jugendlichen Person mit einer grossen Zahl von Anfällen ohne das geringste Resultat damit behandelt. Es sei dankenswerth, dass der Vortragende an einem grossen Material die Frage wieder geprüft habe, er möchte aber nur ermuntern, die Versuche dahin zu ergänzen, ob nicht einfach durch das Aussetzen der Brombehandlung eine bestimmte Zeit hindurch, nicht bloss durch das Zwischenschieben von Opiumbehandlung ähnliche Wirkungen erzielt werden können. Wir machten doch häufig die Erfahrung, dass die Naturärzte dadurch bemerkenswerthe Erfolge erzielen, dass sie mit einmal die bis dahin jabrelang geübte Behandlung wegliessen. Derartige Erfolge seien durch Einwirkung verschiedenster Art zu erzielen. Dass das Auslassen des Brom eine gewisse Rolle spielen könne, scheine ihm nach seinen Erfahrungen nicht ganz unmöglich zu sein.

Moeli: Als er vor 2 Jahren bei einer Reihe von einigen 30 Fällen eine Behandlung der Epilepsie mit Zwischenschieben von Atropinperioden mittheilte, bemerkte er von demselben Gesichtspunkte aus, dass ein Theil der Besserung im Wechsel des Medicaments läge. Er habe sich in der bisherigen Litteratur vergeblich danach umgesehen, welche pharmacodynamischen Eigenschaften Flechsig bewogen haben, gerade das Opium dem Brom vorauszuschicken, und richte die Frage an den Vortragenden, ob er dies noch beantworten könne.

He bold: Die von H. Jolly gegebene Anregung hätten sie in der Anstalt schon vorweg verfolgt und können sagen, dass zum Theil die Anfälle für einige Zeit nach dem Aussetzeu des Broms ausgeblieben sind.

Bratz antwortet H. Moeli in Bezug auf die Theorie der F.'schen Methode, er habe deshalb nicht gewagt, auf diese Seite einzugehen, weil das bisher dartiber Angegebene wenig einleuchtend erscheine, Flechsig selbst habe sich nicht darüber geäussert. Salzburg, von dem wohl anzurehmen sei, dass er den Gedankengang von Flechsig wiedergebe, erwähne ziemlich beiläufig, dass das Opium die Blutzufuhr zum Gehirn erhöhen solle, in Zusammenhang damit, dass es die Resorption im Magen und Darmkanal steigere. Dann habe er erwähnt, dass Linke eine ganz andere Hypothese aufgestellt hat, die ihm plausibler erscheine. macht auf die grossen Schwankungen des Gewichts vor und nach dem Opiumgebrauch aufmerksam und vermuthet, dass die Stoffwechselveränderungen die Wirkung des neuzugeführten Bromkali erhöhen könnten. Diese Hypothese haben sie auch nicht bestätigen können bei entsprechender Gruppirung der Versuche. Mit H. Jastrowitz seien sie vollkommen im Einklang darüber, dass eine sehr sorgfältige Untersuchung von Herz und Athmung stattfinden musse. Bei dem einen Todesfall haben sie aber während des Lebens die pleuritischen Verwachsungen nicht entdecken können: nicht bei allen solchen sei eine Diagnose möglich. Patient befand sich vorher in einem anderen Krankenbause, wo auch nichts ermittelt war. H. Jolly gegentiber antworte er, er habe nicht gewagt, auf die Controllkuren einzugehen, da sie noch nicht in grösserem Maassstabe vorgenommen seien, werde aber auch diese in die demnächst erscheinende Arbeit einflechten. Max Edel (Dalldorf)

II.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bericht der Sitzung vom 14. December 1896.

29) Vor der Tagesordnung stellt Prof. Remak eine 64jährige Kranke mit rechtsseitiger Armlähmung und Aphasie wegen ihrer Mitbewegungen im Arm vor in Anknupfung an die Discussion über solche bei idiotischen Kindern in der letzten Sitzung. Die Mitbewegungen gingen von einem Innervationsbezirk aus, von dem wir sie wohl physiologisch häufig gesehen hätten; diese schienen aber pathologisch noch keine besondere Würdigung erfahren zu haben. Die Finu ist 20 Jahre in zweiter Ehe kinderlos verheirathet, die Kinder aus erster Ehe sind jung gestorben. Syphilis wird in Abrede gestellt. Eine Entzündung am linken Daumen machte vor 4 Jahren die Exarticulation desselben nothwendig. Der Mann führte es auf die Chloroformnarcose zurück, dass sie etwas vergesslich wurde und schlechter sprach. Ihr fehlten die Worte. Das habe sich nach einem Fall, den sie erlitten, verstärkt. Mit der Sprachstörung stellten sich allmählich Bewegungsstörungen des rechten Arms ein. Derselbe wurde ungeschickter als der daumenlose linke. Man findet partielle Aphasie und Paraphasie, das Wortverständniss ist vollständig erhalten. Sonst nichts Abnormes ausser leichten Sensibilitätsstörungen: Sie erkennt in die rechte Hand gelegte Gegenstände nicht. Bei geschlossenen Augen besteht ein mässiger Grad von Ataxie. Wesentlich beim Sprechen treten die Mitbewegungen auf, zuerst im rechten Daumen; dann gehen sie allmählich weiter auf den Arm über, mit dem sie automatische Gesticulationen macht, bis sie schliesslich Drehbewegungen in der Schulter ausstihrt, welche an choreatische erinnerten, ohne dass eigentliche Chorea bestunde. Es lasse sich zeigen, dass die Articulationsmechanismen sämmtliche Mitbewegungen hervorrufen. So streckt sie beim Vorzeigen der Zunge die Finger der rechten Hand aus, die sich wieder beim Hereinziehen der Zunge schliesst. Gelegentlich, wenn der Affect grösser werde, gingen die Mitbewegungen auch auf die andere Hand tiber. Patientin bat ferner die Neigung, wenn man ihr etwas sagt, es zu wiederholen. Sie macht einen etwas dementen Eindruck. Es handle sich wohl um einen Erweichungsprocess und zwar bei der ausgesprochenen Aphasie, die mehr ins Gebiet der motorischen gehöre, vielleicht um den Bezirk der 3. Stirnwindung, wobei er es dahingestellt sein lasse, wovon die Ataxie und die leichten Sensibilitätsstörungen abhängen. Interessant sei nur die Frage, wie die Mitbewegungen fortschreiten, von der Zunge auf den Daumen, die Hand, Ellbogen, Oberarm, Schulter, wie die Centren der vorderen Centralwindung von unten nach oben angeordnet seien, so dass man an ein thatsächliches Wandern dieser Mitbewegungen denken könne. Dieses wäre von der corticalen Epilepsie bekannt. Vorgestellte Patientin hat niemals Anfälle gehabt. Dass Mitbewegungen beim Sprechen auftreten, wisse man. Ganze Nationen hätten ja diese Gewohnheit. Interessant sei, dass es bei einer Person der Fall wäre, die sonst nichts davon gezeigt habe.

Discussion.

Schuster führt bezüglich der näheren Zusammengehörigkeit von Hand- und Mundcentrum zum Vergleich das physiologische Factum

Digitized by GOOGLE

an, dass viele Leute beim Schreiben Bewegungen mit dem Munde machen.

König hat am 12. d. M. einen ähnlichen Fall von Aphasie und Hemiplegia dextra in dem psychiatrischen Verein vorgestellt, wo Mitbewegungen auftraten. Er unterschied sich dadurch, dass es mehr Schüttelbewegungen waren und dass sie regelmässiger von Mitbewegungen im linken Arm begleitet waren.

Jolly: Bei Paralytikern sehe man häufig ähnliche Dinge, überhaupt in allen Fällen, wo der Grosshirneinfluss herabgesetzt ist und die tieferen Centren mehr in Thätigkeit gesetzt seien.

Remak: Bei Paralytikern und Cysticerken der Hirnrinde träten die Bewegungen auf, für die er das Wort anatomische Gesticulationen gebraucht habe. Dieselben wiederholen sich ohne Einfluss des Bewusstseins. Hier sei das aber nicht der Fall, sondern die Gesticulationen treten nur in der Form von Mitbewegungen auf.

30) P. Schuster demonstrirt eine 33jährige Patientin aus Prof. Mendel's Klinik. Es handelte sich um eine Person, deren Mutter mehrere Male geisteskrank gewesen ist und welche selbst deutliche, besonders psychische Kennzeichen der Hysterie bot. Dieselbe war 1891 wegen eines Empyem der Highmorshöhle operirt und im Jahre 1894 von Körte wegen Verdachts auf Hirnabscess - Kopfschmerzen, Taumelgang, Fieber - trepanirt worden. Der vermuthete Abscess wurde jedoch nicht gefunden. Der Zustand der Patientia besserte sich jedoch. Juli 1895 wurde von Bardeleben, der von der Anamnese nichts wusste, wegen heftiger Kopfschmerzen, Parese der linken Körperhälfte, Röthung der alten Operationsnarbe wiederum eine Trepanation vorgenommen und dabei eine 7 cm lange Stopfnadel im Gehirn gefunden. Eiter trat nicht zu Tage. Die Lähmungeerscheinungen und die übrigen Symptome besserten sich rasch, als man nach Anhören der von der Mutter berichteten Anamnese erkannte, dass es sich um Hysterie handelte und die Behandlung dem entsprechend umgeändert hatte.

Als Patientin Ende des Monats October in die Klinik des Prof. Mendel ham, war von der berichteten Vorgeschichte nichts bekannt. Aus der Patientin, die einen schwer benommenen Eindruck machte, konnte nur eruirt werden, dass sie — das bestätigte die grosse Operationsnarbe auf der rechten Kopfhälfte — mehrmals operirt worden sei. Die Krankheit ferner, wegen der sie auf die Station des Vortragenden kam, habe plötzlich vor einigen Tagen mit Zuckungen in der linken Gesichts- und Körperhälfte und mit Verlust der Sprache für diese Zeit begonnen. Sie habe stark "geröchelt und geschrieen".

Patientin machte einen schwer kranken Eindruck bei der Aufnahme und hatte einen Taumelgang wie bei einer Kleinhirnataxie. An den Pupillen und Augenhintergrund war nichts Abnormes. Der rechte Mundwinkel king herab, die nur träge und schwach zum Vorschein gebrachte Zunge zeigte nach links. Schlucken war fast unmöglich, die Sprache klang bulbär. Die Temperaturmessung zeigte Fieber. Das rechte Scheitelbein war sehr druckempfindlich und es wurde über lebhafte Kopfschmerzen geklagt.

Schliesslich war der linke Arm und das linke Bein paretisch. Im Laufe der ersten Tage wurden mehrere den beschriebenen ähnliche Krampfanfälle beobachtet, ferner Delirien, die besonders Nachts auftraten, und grosse Unrube. Sonst blieb der Zustand wie bei der Aufnahme. Es wurde die Diagnose auf eine Herderkrankung event. Abscess im Gehirn - Pons und vielleicht auch noch Cortex - gestellt. Die Diagnose konnte durch die schmerzhafte Trepanationsnarbe nur befestigt werden. Nach kurzer Zeit kamen uns jedoch Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose, da die Intensität der Symptome sehr wechselte und da der Puls nie der Höhe des Fiebers entsprechend beschleunigt war. Wir liessen uns in Folge dessen die Acten der Patientin aus der Charité kommen und erfuhren nun erst die ganze oben mitgetheilte Vorgeschichte. Wir controlirten die Patientin nun etwas genauer und erlebten die Freude, schnell sämmtliche so alarmirende Symptome zurückgehen zu sehen. Die Anfälle blieben weg, ebenso die Delirien und das Fieber. Einmal war Vortragender in der Lage, die kurz vorher von der Wärterin auf 380 bestimmte Temperatur unmittelbar darauf in der Achselböhle 370 und in der Scheide 37.60 zu finden.

Das Schlucken und die Sprache stellten sich völlig wieder her. Pat. nahm in wenigen Wochen um 12 Pfund Gewicht zu. Jetzt zeigt die Pat. nur noch von allen früheren Symptomen eine geringe Schwäche im linken Arm, eine Abweichung der Zunge nach links, Zungencontractur, eine Parese des Gaumens von demselben Character und eine starke Hypästhesie des Pharynx bei normalem Larynx. Ausserdem ist die Sensibilität auf der linken Seite herabgesetzt. Vortragender zweifelt nicht an der hysterischen Natur der bei der Aufnahme so alarmirend aussehenden Symptome.

In der Discussion bemerkt Remak, schon der Hemispasmus linguæ hätte auf die Diagnose der Hysterie führen müssen; Schuster erwidert, dass die Kranke sehr schwer dazu zu bewegen war, die Zunge zu zeigen.

Tagesordnung.

31) Bloch: Krankenvorstellung.

Der fast 13jährige Patient suchte vor 2 Jahren die Poliklinik von Prof. Mendel auf. Der Vater hat einige Jahre vor der Ehe Lues acquirirt, seine Frau inficirt und zwar unmittelbar nach der Hochzeit. 4 Kinder und mehrere Aborte. Sämmtliche wird specifisch behandelt. Kinder kamen mit manifesten Symptomen hereditärer Lues zur Welt. 4 wurden antisyphilitisch behandelt. Die übrigen sind gesund geblieben, nur bei diesem scheint die Lues deletär gewirkt zu haben. Der Vater erkrankte bald unter den Zeichen einer Geisteskrankheit mit Tobsucht, Grössenideen und Lähmungserscheinungen. Es scheine progressive Paralyse vorgelegen zu haben, an der er nach einiger Zeit zu Grunde gegangen sei. Die Intelligenz des Knaben entsprach in den ersten Lebensjahren seinem Alter. Im 5. Jahr fiel der Mutter die Erweiterung der linken Pupille auf, was stationer blieb. Im 7. Jahr trat auf einmal Incontinenz der Blase auf, so dass er nicht bloss Nachts, sondern auch am Tage Urin unter sich liess. 1891 bemerkte die Mutter, dass er in der Schule nicht mehr so gut vorwärts kam. Seit Juni vorigen Jahres bestehen typische epileptische Anfälle, täglich 7-8 schwere Krampfanfälle mit einer Aura im Gebiet des

Digitized by GOOGLE

Gesichtseinnes. Ausserdem hat er zeitweilig leichte Schwindelanfälle. Bei der Untersuchung fand Vortragender: Differenz der Pupillen. Beide reich. lich mittelweit und zwar die linke weiter als die rechte. Sie sind starr auf Lichteinfall, resgiren aber etwas auf Convergenz. Von Seiten der Gehirnnerven im Uebrigen keine wesentlichen Störungen. Augenbewegungen frei. Beim Romberg einige Male leichtes Schwanken. Motilität normal. Keine Ataxie der Beine, aber es feblt der linke Patellarreflex. Ausserdem besteht fleckweise an den Unterschenkeln Analgesie für Nadelstiche. seien einerseits Epilepsie, andrerseits eine Anzahl von Symptomen vorhanden, die für eine organische Erkrankung des Centralnervensystems sprechen: Pupillendifferenz mit Lichtstarre, Störung der Blasenthätigkeit und Fehlen des Patellarreflexes, Erscheinungen, die man allerdings mit grosser Reserve berechtigt sei, tabische zu nennen, zumal da der Knabe hereditäre Lues gehabt habe. Redner geht von den bisher beschriebenen Fällen von Tabes des Kindesalters nur auf die neuere Litteratur ein und betont, dass die Zahl von infantiler Tabes mit sicherer hereditärer Lues sich im Vergleich zu der früheren entschieden gehäuft habe.

Discussion.

Oppenheim freut sich, dass Redner die Diagnose mit einiger Reserve gestellt habe. Denn soweit ihm bekannt sei, liegt eine pathologischanatomische Untersuchnng nur von Siemerling in Fällen dieser Art vor mit diffusen Veränderungen, Geschwulstbildungen an den Häuten und Uebergreifen des Processes auf die Hinterstränge. Durch die Obduction sei also noch nicht erwiesen, dass eine Tabes im Kindesalter vorkommt. Er habe mehrere Fälle gesehen, in denen Pupillenstarre mit Blasenschwäche vorlag, oder mit Fehlen der Kniereflexe, bei denen man den Verdacht hatte, dass Lues im Spiele sei, und andere, bei denen Lues sieher bestand. Er bitte um Aufschluss darüber, ob Vortragendem ein Fall bekannt sei, wo durch Obduction Tabes nachgewiesen sei oder wo der klinische Verlauf durch die stetige Progression der Erscheinungen den Beweis dafür erbracht habe.

König wendet sich gegen die Behauptung, dass die Epilepsie nichts mit dem anderen Process zu thun habe. Es sei sehr wahrscheinlich, dass sie von denselben organischen Veränderungen wie die übrigen Symptome abhinge. Oft komme es vor, dass die Epilepsie jahrelang diesen Lähmungserscheinungen vorausgehe.

Mendel ist im Augenblick nicht bekannt, ob eine Autopsie in Bezug auf kindliche Tabes vorliegt. Dagegen habe er einen Fall, ein 24jähriges Mädchen, noch augenblicklich in Behandlung, welches seit dem 12. Jahr an Tabes leide, bei Lues der Mutter. In diesem Fall habe die Erkrankung den typischen Verlauf der Tabes genommen. Zuerst habe die Mutter eine Augenaffection geängstigt. Prof. Hirschberg diagnosticite aus dem Zustand der Sehnerven eine tabische Erkrankung. Im weiteren Verlauf hätten sich alle typischen Erscheinungen der Tabes hinzugesellt. In diesem Falle also, wo Lues congenita sicher vorhanden sei, habe sich eine Tabes mit typischem Verlauf entwickelt. Ob die Autopsie die Diagnose bestätigen werde, könne er mit Sicherheit nicht sagen.

Gumpertz hält es für möglich, dass sich progressive Paralyse entwickeln könnte. Er habe einen Fall gesehen, der wit Epilepsie angefangen habe und woran sich Intelligenzdefecte anschlossen.

Mendel weist das ganz entschieden zurück. Das Bild der progressiven Paralyse auch im jugendlichen Alter sei ein absolut verschiedenes von dem vorgestellten Fall.

Jolly sagt, soviel er verstanden habe, sei der Junge doch blödsiunig. Bloch: Er ist nicht sehr zurückgeblieben.

Jolly hält es für wahrscheinlich, dass sich eine mehr diffuse Rückenmarkserkrankung construiren lasse, wenngleich die Hinterstrangserkrankung wohl nicht zu bezweifeln sein dürfte. Auch die epileptischen Anfälle seien doch für eine mehr allgemeine Erkrankung, eine Mitbetheiligung des Gehirns bezeichnend.

Bloch führt einen analogen Fall an, wo sich ausschliesslich eine Hinterstrangsclerose gefunden habe, allerdings nicht ganz typischer Art. Dies sei der einzige, der zur Obduction gekommen wäre. Progressive Paralyse schliesse er aus dem Grunde aus, weil die ersten Symptome mit Sicherheit vor 8 Jahren beobachtet seien, und es dann wunderbar wäre, dass nicht die mindeste Andeutung einer Sprachstörung vorhanden sei. Was die Epilepsie anlange, so glaube er auch, dass ein Zusammenhang mit den übrigen Erscheinungen bestehe, hält es aber für möglich, dass das nicht ein anatomischer, sondern nur ein causal bedingter wäre. Die epileptischen Anfälle seien durch die Behandlung nicht wesentlich beeinflusst worden.

32) Max Edel (Dalldorf) demonstrirt von Prof. Goldstein angefertigte Röntgen bilder bei 2 Fällen von Akromegalie, von denen er den einen vorstellt. Es ist eine 52jährige Frau, welche sich in der Irrenanstalt wegen einer Psychose befindet, die mit der schon in der Charité 1892 constatirten Akromegalie verbunden ist. Die Erkrankung begann vor ca. 10 Jahren mit allgemeiner Schwäche und Parästhesien in den Gliedern; es traten heftige Kopfschmerzen zur Zeit der Menses ein. Patientin klagte über beständiges Kältegefühl bei anhaltend niedrigen Körpertemperaturen. Hände und Füsse sind tatzenartig vergrössert, das Gesicht ist längsoval, der Gesichtsschädel überwiegt über den übrigen, der Alveolarfortsatz des Unterkiefers überragt den des Oberkiefers bei Mundschluss, die Nase ist verdickt, die Unterlippe stark gewulstet, die Zunge breit und dick, Uvula und Tonsillen sind von beträchtlicher Grösse. Die Haut ist sehr spröde, trocken und abschilfernd, mit zahlreichen Naevi, Warzen und Lipomen besetzt. Es bestehen trophische Störungen der Nägel und Zähne. electrische Erregbarkeit der schwachen Muskulatur ist herabgesetzt. und zeitweilig die Hände sind lebhaft geröthet, Thyreoidea nicht zu fühlen. Gesichtsausdruck stupide, Sprache verlangsamt. Da indessen einige Momente die Akromegalie nicht ausser allem Zweifel erscheinen liessen, so war es erwünscht, näheres über die Knochen zu erfahren. Das Röntgenbild der Hand hat nun die Diagnose vollends gesichert. Das ganze Handskelett ist plump und gross. Die Mittelhandknochen haben eine ungewöhnlich gerade Axe und sehen keuleaförmig aus, die mittleren Mittelphalangen

haben eine abnorme kegelartige Gestalt. Die Knochenenden sind fast über-Alle Knochen sind länger als normal, nur gerade die Eudall verbreitert. phalangen verhältnissmässig kurz, aber ebenfalls breiter als normal. dem sind einige Exostosen an den Diaphysen und an den Handwurzelknochen, sowie Auftreibungen einiger Knochenenden sichtbar. Die Weichtheile weisen an allen Photographien durchweg eine beträchtliche Verdickung Später fand Vortragender auch deutlich sicht- und fühlbare Exostosen an beiden Schlüsselbeinen und der rechten Schultergräte. Diese Befunde stimmen im Wesentlichen mit bisher bekannten Sectionsergebnissen überein. E. geht dann auf die Psychose der Patientin ein, welche zu Depression und Abnahme der Intelligenz 1892 Verfolgungswahnsinn mit lebhaften Gehörshallucinationen bekam, und bemerkt unter Hinweis auf die Litteratur, dass Psychosen bei Akromegalie eine nicht unbeträchtliche Rolle zu spielen Schliesslich erwähnt er, dass alimentäre Glycosurie bei Pat. nicht aufgetreten sei. Das zweite Handbild stammt von jener Kranken, welche von Prof. Mendel am 27. November 1895 in der Berliner medicinischen Gesellschaft vorgestellt ist. Im Gegensatz zum ersten Hand. skelett bietet dieses nun ausser Weichtheilverdickung und grossen Maassen keine augenfällige Veränderung dar. Das Fussbild derselben Patientin zeigt ein auffallend zartes Skelett, leichte Auftreibungen an der Basis der ersten Endphalange und Verdickung am oberen Ende des ersten der Mittelfussknochen, sowie Winkelstellung der Zehen zu den letzteren. Bei Durchleuchtung des Gesichts war ein hoher Unterkiefer mit verdickter Spina mentalis, jedoch ein kurzes Nasenskelett sichtbar. Es wurden Tabellen erläutert, in denen vergleichende Messungen beider Handbilder mit der Röntgenaufnahme einer sehr grossen Normalhand von einem Dienstmädchen enthalten sind. Bezüglich des Verhältnisses von Knochen zu Weichtheilen geht daraus unter anderem hervor, dass beide an der Gesammtverbreiterung betheiligt siud, die Weichtheile aber meist in weit höherem Grade. Vortheil der Böntgenbilder bei der Akromegalie liege einmal in der leichten Erkennung der Knochenverhältnisse während des Lebens, die bisher wegen der Dicke der Weichtheile schwer oder gar nicht, bei Sectionen nur selten festgestellt werden konnten. Ein positiver Befund könne eine werthvolle Ergänzung der Diagnose geben. Vielleicht gelinge es auch, grössere Ausbuchtungen des Türkensattels bei erheblichen Hypophysistumoren zu sehen. Schliesslich könne man mittelst wiederholter Aufnahmen in verschiedenen Krankheitszeiten den Verlauf der Knochen- und Weichtheilveränderungen beobachten und daher genauer als bisher das Verhältniss der beiderseitigen Verdickungsantheile bestimmen.

Vortragender zeigt ausserdem noch das bei 5 Minuten langer Exposition gewonnene Röntgenbild eines leeren Schädels mit scharfem Abbild eines hinter ihn gelegten Schlüssels und hebt hervor, dass dagegen bei gehirnerfülltem Schädel selbst nach 2stündiger Aufnahmezeit kein Schätten des Schlüssels hervorgerufen werden konnte. Prof. Goldstein zieht daraus wohl mit Recht den Schluss, dass nicht die Schädelknochen, sondern die Gehirnmasse selbst die Röntgenstrahlen so stark absorbire. Das Hinderniss für die Darstellung eines Gehirns dürfte also eher darin als in der dicken knöchernen Schädelkapsel zu suchen sein. Daher erkläre es sich

auch, dass das Röntgenbild eines Hydrocephalus mit stark verdünnten Schädelknochen negativ ausfiel.

Discussion.

Oppenheim zeigt im Anschlass an die letzte Abschweifung vom Thema durch Prof. Bucha hergestellte Röntgenaufnahmen von Schädela, wobei experimentell vorgegangen sei. Gelungen sind die Photographien eines leeren Schädels, dann eines solchen mit hineingelegtem Knochenstück; auch ein hineingethanes Gebirn bebt sich in den äusseren Umrissen ab. Nun wurde ausser dem Gebirn ein Tumor in den Schädel gelegt und auch dieser markirt sich durch stärkere Schattirung. Die weiteren Versuche, welche an Leichenköpfen und endlich an lebenden Menschen vorgenommen werden sollten, wurden leider durch den Tod des Prof. Buch aunterbrochen. Obwohl noch nichts für die Diagnostik der Gehirnpathologie durch das Röntgenverfahren gewonnen sei, ermunterten die Ergebnisse doch zu weiterem Studium in dieser Richtung, zumal bei grösserer Vervollkommnung der Technik.

Jolly äussert sich dahin, dass bisher die Röntgenphotographie bei der Durchleuchtung des Gehirns am Lebenden noch zu keinem Resultat geführt habe. Bei einem Manne, der früher einen Schädelbruch erlitten hatte und wo Knochensplitter zu vermuthen waren, sei an dem Bilde nichts zu sehen gewesen.

Bernhardt erinnert an die bekannten Fälle mit erkennbaren Kugela im Gehirn.

Oppenheim betont, dass wohl Kugeln, aber keine Geschwülste zu sehen seien. Max Edel (Dalldorf).

III. Bibliographie.

IX) Eduard Hitzig: Ueber den Quärulantenwahnsinn, seine nosologische Stellung und seine forensische Bedeutung. Eine Abhandlung für Aerzte und Juristen.*) (Leipzig 1895.)

Wenn ein Gehirns Physiologe und Pathologe von der Bedeutung Hitzig's aus seiner der klinischen Psychiatrie gegenüber stets bewahrten litterarischen Reserve nach langen Jahren einmal heraustritt, so ist dies an sich schon ein erfreuliches Ereigniss; um so mehr aber, wenn er zu einer ganzen Reihe principieller Fragen eingehend Stellung nimmt. In der Tiat ist Hitzig's Buch eines der anregendsten, welches auf psychiatrischem Gebiete aus den letzten Jahren vorliegt. Es liest sich vorzüglich und Hitzig versteht es meisterhaft, seine Ansichten klar hinzustellen.

Hitzig möchte statt von Quärulantenwahnsinn lieber von der quäruliren den Form der primären Verrücktheit sprechen und damit kennzeichnet er die nosologische Auffassung, welche er vertritt. An 3 ausführlichen, zum Theil in Form von motivirten Gutachten mitgetheilten Beispielen erörtert er eingehend die Störung: er hebt hervor, dass es sich meist wohl nur scheinbar um eine isolirte Idee der Benachtheiligung handle; es gelinge vielmehr, stets auch andere und zwar unter der Form des sogen.

^{*)} Aeussere Gründe haben den Abdruck dieses Referats verspätet.

Redaction.

Digitized by

"Beziehungswahns" in die Erscheinung tretende Beeinträchtigungsideen nachzuweisen.*) Weiter bespricht er die grössenwahnsinnige Selbstüberschätzung der Quaralanten und macht endlich auf gewisse Gedächtnissstörungen dieser Kranken aufmerksam. Die Entwicklung der Krankheit pflegt eine ganz chronische zu sein, doch treten nicht selten plötzliche Verschlimmerungen ein nach Gemüthserregungen (Verurtheilungen u. dergl.); auch nach Alcoholmissbrauch hat H. solche beobachtet. Alles in Allem: Nach ihrer Entwicklung, nach ihrem Wesen und nach ihrer Bedeutung für die psychische Persönlichkeit unterscheide sich die in Frage stehende Störung grundsätzlich nicht von der primaren Verrucktheit (Paranoia) und diese letztere sei eine durchaus eigenartige Krankheit, die sich von den typischen Formen jeder anderen Geistesstörung in der schärfsten Weise absetze. Insbesondere seien die typischen Formen der Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen, des hallucinatorischen Irreseins, der Manie und Melancholie in jeder der oben erwähnten Richtungen auf das Bestimmteste von ihr abzutrennen.

Es ist nicht möglich, den reichen Inhalt der Schrift, welche sich neten der Erörterung rein wissenschaftlicher Fragen auch die Belehrung gebildeter Laien namentlich in Bezug auf gewisse agitatorisch verwerthete Vorurtheile angelegen sein lässt, im Referat erschöpfend wiederzugeben. Erwähnt sei nur, dass Hitzig der Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen eine Sonderstellung einräumt, dass er Wernick's Lehre von den überwerthigen Ideen bekämpft und dass er eine Entwicklung der Paranoia aus einer Anzahl von acuten Psychosen als secundäre chronische Verrücktheit — ihrem Wesen nach äquivalent der primären — anerkennt. Ein besonderes Capitel ist der Geistesschwäche der Verrückten gewidmet. Die

^{*)} An dieser Stelle urgitt Hitzig, dass ich für jenes Symptom "eine kleine Namensänderung" in krankhafte Eigenbeziehung für nöthig gehalten hätte. Diesen letzteren Terminus habe ich vorgeschlagen an Stelle des Meynert'schen Beachtungswahns. Der Ausdruck: Beziehungswahn welcher weiter gefasst und darum verwendbarer als Beachtungswahn ist, war mir, offen gestanden, unbekannt gewesen; ich habe auch nachträglich nicht erkunden können, woher er stammt. Jetzt seit Hitzig's und Wernicke's Arbeiten bin ich ihm da und dort begegnet. Doch glaube ich auch heute noch — was ich übrigens ebenso Asch affen burg gegenüber aufrecht halten möchte —, dass die von mir gewählte Bezeichnung den Vorzug verdient, ja sogar, dass sie einen nicht unerheblichen Fortschritt in der Auffassung bekundet. Mein Bestreben in jener Arbeit — und nicht nur in jener — war es, festzulegen, dass es für die pathologische Erkenntniss nicht in erster Linie auf die fertig zu Tage tretenden Producte der Krankheit, die Wahnideen ankommt, nach denen man bisher sogar die Formen zu scheiden für richtig fand, sondern auf den chronischen wahnbildenden Process, auf diejenige fehlerhafte gedankliche Thätigkeit, welche ein unwittelbarer klinischer Ausdruck der Störung ist, und dieser Vorgang, dessen Vonstattengehen durch die Krankheit dauernd unterhalten wird, wird sprachlich correct durch Eigenbeziehung nicht aber durch Beziehungs- oder dergleichen Wahn bezeichnet. Das was ich beschrieben hatte, die Thatsache der Eigenbeziehung, war ja keine neue Entdeckung, ist auch nicht als solche von mir hingestellt worden. Das aber, was ich für mich in dieser Hinsicht in Anspruch nehme, ist, dass ich (— auch längst vor Wernicke, was ich betone, da es aus seiner Darstellung nicht ersichlich ist —) scharf hervorgehoben habe dass die Eigenbeziehung der chronischen Paranoiker zu dem zu Grunde liegenden psychotischen Process in einem anderen Verhältnisse steht als die Verfolgungs- etc. Wahnideen, in denen ein Moment der Reflexion enthalten ist und welche daher individuell variabel

daselbst gemachten Ausführungen lassen sich in Kurze nicht reproduciren; ihr Studium — meg man nun Hitzig's Standpunkt theilen oder nicht*) — ist ganz besonders zu empfehlen, da es sich hier um die wichtigsten Grundfragen klinisch-psychiatrischer Auffassung handelt. Seine klinischen und theoretischen Erörterungen sucht Hitzig weiterbin noch durch eine Hypothese zu vertiefen, wie man sich etwa — anatomisch-physiologisch — das Wesen des paranoischen Krankheitsprocesses, der nach Hitzig stets zu einem Defectzustande hinführt, denken könne-

Auf ihre Wiedergabe muss an dieser Stelle verzichtet werden. Schliesslich fasst H., nachdem er noch die forensischen Aufgaben, welche den Quärulanten gegenüber in Betracht kommen, eingehend beleuchtet hat, seine Anschauungen in eine Anzahl scharf formulirter Leitsätze zusammen, welche nach den mannigfachen Excursen der Darstellung namentlich für den nicht psychiatrischen Leser recht erwünscht sein werden.

Clemens Neisser (Leubus).

X) Kirchhoff: Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausgegeben von Conrad Alt. Halle a. S., Marhold 1896.)

Während die ersten beiden Hefte der Alt'schen Sammlung (Hoche: die Frühdiagnose der progressiven Paralyse, und Ziehen: Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis) als vortreffliche und den Zwecken des Unternehmens durchaus angepasste Publicationen imponirten, muss das vorliegende Heft als wissenschaftlich und practisch in gleichem Maasse verfehlt bezeichnet werden. Es ist hart, das rund heraus aussprechen zu müssen; aber wenn nicht ein beliebiger Anfänger, sondern der Vertreter des Fachs an einer Universität gewissermassen als Quintessenz der modernen Psychiatrie und als ihr Programm für die nächste Zukunft solche Dinge den practischen Aerzten lehren zu sollen meint, so kann dagegen nicht ernsthaft genug Verwahrung eingelegt werden. Die Anschauungen, die K. vorträgt, sind völlig unklar, dabei ist seine Ausdrucksweise durchweg verschwommen und die Anwendung psychologischer Termini in unentschuldbarem Grade unexact.

K. beginnt mit der schwer verständlichen Erklärung, das Wort Localisation in der Ueberschrift absichtlich vermieden zu haben, weil es "schliesslich nach vielem Bemühen doch nicht möglich gewesen ist, den Ort geistiger Störungen im Gehirn in eng begrenzter Weise zu bestimmen". (Deshalb also lieber: örtliche Grundlagen statt Localisation! Ref.) "Trotzdem muss es aber eine der nächsten und wichtigsten Aufgaben der Psychiatrie bleiben, die Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen in dem Sinne immer weiter zu klären, dass man danach strebt, die einzelnen Erscheinungsgruppen, welche mehr oder weniger beharrlich einheitliche Krankheitsbilder liefern, auf engere anatomische Grundlagen zurückzuführen." "Es ist das nicht eine Localisation im Sinne von Herd-

^{*)} Eine Widerlegung der bezüglichen Argumente Hitzig's hat Referent in seinem Vortrage über Paranoia und Schwachsinn (Allg. Zeitschrift für Psychiatric, Band 58) versucht.

erkrankungen, denn wir haben uns bei Geisteskrankheiten das Gehirn immer als Ganzes erkrankt zu denken (die Behauptung, dass man von einer partiellen Geistesstörung nicht reden dürfe, ist oft und in bestimmtem Sione verstanden mit Recht aufgestellt worden; dass aber bei den Psychosen immer das ganze Gehirn erkrankt sei, ist eine neue Entdeckung des Verfassers, für welche es interessant wäre, die Beweise zu hören! Ref.), aber wir müssen doch festzustellen versuchen, in welchen Theilen des Gehirus die vorzugsweise in den Vordergrund tretenden Krankheitszeichen ibren Ursprung haben, welche das klinische Krankheitsbild beherrschen; die anderen, vielfach auch verdeckten Krankheitsäusserungen (was ist das? Ref.) wird man zur Vereinsachung der Untersuchung zunächst lieber für die Ortsbestimmung weniger beachten." Nachdem K in dieser Weise die Aufgabe "klargelegt" hat, exemplificirt er auf die Sprachstörungen, erwähnt in einer dem Gedankengange des Autors wohl nicht ganz entsprechenden Darstellung, dass Wernicke in bestimmtem Sinne jede Geisteskrankheit ein Beispiel von transcorticaler Aphasie genannt habe und findet merkwürdiger Weise, dass dieses Beispiel "auf eine Solidarität des Gehirns bei seiner geistigen Thätigkeit hinweise"; "es ist ein Beweis für den engen Zusammen-bang geistiger Functionen". "Dann ist es nur ein Schritt weiter, um zu sehen, dass das ganze cerebro-spinale Nervensystem einbeitlich thätig ist, und wir sind vor dem Versuche gewarnt, geistige Störungen nur an eng begrenzte Gehirntheile gebunden zu betrachten". Nachdem er noch hinzugetügt, dass "gerade diese etwas unbestimmten Grenzen der örtlichen Grundlagen geistiger Störungen (wörtlich! Ref.) uns lehrreich und von greifbarem practischen Nutzen bei der Behandlung von Kranken sein können", indem sie lehren, "nicht nur einen kranken Theil des Gehirns, sondern das ganze Nervensystem und den ganzen Menschen zu beachten", wendet er sich zu speciellen Pankten. Er entwickelt zunächst die "Körperfühlsphäre" nach Flechsig und erwähnt, "dass hier auch die Verknüpfungspunkte der Gefühle mit dem Bewusstsein liegen" (wörtlich! Ref.). Die "Depressionsund Exaltationszustände der alten Schule" können nur bei Betheiligung der Körperfühlsphäre des Gehirns in Erscheinung treten; "die anderen Erscheinungen der betreffenden Psychosen müssen naturlich (sic.! Ref.) auf Erkrankung benachbarter Hirntheile bezogen werden". - "In einem ganz neuen Licht erscheint uns jetzt eine der wichtigsten geistigen Störungen, der Schmerz" (! Ref.). "Nicht ganz mit Unrecht" hört er "erstaunt fragen": "Der Schmerz? eine geistige Störung? wo ist überhaupt die Grenze zwischen körperlichem und geistigem Schmerz?" Und K.'s Antwort lautet: "Die Grenze ist da, wo eine jede Empfindung sich in eine Vorstellung umsetzt, im Gehirn, im Bewusstsein." (Wörtlich! Ref.) Zeilen danach spricht K. von Eindrücken, "welche zu einer Empfindung die Vorstellung, das Gefühl der Unlust hinzufügen; "dies geschieht aber erst im Gehirn, dem Organ des Bewusstseins"...; 2 Seiten später erklärt er (gewiss glaubwürdig! Ref.), "dass es sehr schwer ist, den Ort im Gehirn zu treffen, der die Umsetzung der peripheren Reize in Schmerz- und Unlustempfindungen und ihren Eintritt ins Bewusstsein enthält", dass es aber die Aufgabe der Forschung bleibe, "nach diesem Ort zu suchen, wenigstens die Durchgangsstationen der Schmerzen im Gehirn (sic!) aufzusuchen, wenn es

auch kanm gelingen wird, ihren Eintritt ins Bewusstsein nachzuweisen (!)*. Nach diesen Proben wird man wenig Verlangen tragen, mehr zu bören.

Doch muss noch eine von K. offenbar mit Wichtigkeit gegebene und für seine klinische Anschauungsweise besonders characteristische Ausführung mitgetheilt werden: "Weil man im Thalamus ein Centrum für mimische Ausdrucksbewegungen kennt, ist der Zusammenhang von physiologischer Schmerzempfindung und ihrem Gesichtsausdruck wahrscheinlich in dieser Gegend reflectorisch und anatomisch bedingt. Da weiter in Affectzuständen und besonders in der Melancholie allgemeine Schmerzen und das Gefühl völliger Unlust, ein tiefes Weh die Kranken ergriffen hat, Zustände, die sich in typischen mimischen Ausdrucksstellungen zeigen, wird man nicht fehlgehen, die anatomischen Grundlagen auch für diese pathologischen Zustände in den besprochenen Gegenden zu suchen; sie reichen also namentlich vom Thalamus an, vielleicht unter Einbeziehung des Vorderhirnganglions, durch den Stabkranz in die Körperfühlsphäre hinein und breiten sich dann von hier aus in den allgemeinen Organen des Denkens und Bewusstseins weiter aus, auch hinüber in die andere Hirnhälfte und zurück durch die beiden Commissurensysteme. Es bedarf dann nur der Andeutung, dass das Zustandekommen maniakalischer und mit dem Gefühl gesteigerter Lust verlaufender Zustände in entsprechender Weise an dieselben Gegenden des Gehirns gebunden gedacht werden kann . . . " Wenn wir noch erwähnen, dass K. neiner Dreitheilung der Functionen auf der Hirnoberfläche, welche annimmt, dass das Stirnhirn als Apperceptionsorgan, die Rolando'sche Gegend für motorische und sensible Functionen, der grosse nach hinten liegende Rest als Sinneshirn und Perceptionsorgan dient," einen allgemeinen orientirenden Werth zuschreibt, auch insofern, "als sie die Gliederung des Hirns durch die grossen Furchen, um welche sich jene Functionen lagern (wörtlich! Ref.), in Beziehung setzt zu der reichen Gefässversorgung in der Rinde in jenen Furchen und ihrer Umgebung", wenn wir weiter erwähnen, dass K. "vor der Aufsuchung zu eng umgrenzter klinischer Krankheitsbilder" warnt, "die sich anatomisch sicher nicht begründen lassen und klinisch häufig nur dem Zufall eine analoge Wiederholung verdanken" (! Ref.), und wenn wir schliesslich noch berichten, dass er Flechsig's Ergebnisse als "die festen Säulen eines Baus" bezeichnet, "in den die Psychiatrie einziehen muss", so können wir von dieser betrübenden Arbeit endgiltig Abschied nehmen und haben nur den einen Wunsch, dass Kirchhoff solche Anschauungen, wie er sie practischen Aerzten hier bietet, nicht auch seinen Studenten vortragen möge!

Clemens Neisser (Leubus).

XI) Ziehen: Leitfaden der physiologischen Psychologie. Dritte Auflage.

⁽Jena, G. Fischer, 1896. 238 S. 8°. Preis Mk. 4.50.)

Drei Jahre nach dem Erscheinen der zweiten Auflage von Z.'s Leitfaden ist nunmehr eine dritte Auflage erschienen. Sie ist 18 Seiten stärker als die zweite, unterscheidet sich jedoch im Wesentlichen nicht von derselben. Die neueste Litteratur ist berücksichtigt, so weit sie in den Z.'schen Ideenkreis passt. Dieser ist im Wesentlichen der der englischen Associations-

psychologie, plus einer Anzahl von Detailforschungen, die kaum aus dem Rahmen der Sinnesphysiologie heraustreten. Auf S. 26 werden die "Erinnerungsbilder" immer noch "deponirt". S. 23 heisst es: "Die Fasern, welche die Rindenzellen untereinander verbinden, heissen Associationsfasern. Für die physiologische Psychologie haben dieselben eine ganz ausserordentliche Bedeutung". Das ist richtig, wenn unter physiologischer Psychologie das Ziehen'sche Buch gemeint ist; so ist das aber eigentlich nicht gemeint; vielmehr soll die functionelle Bedeutung dieser Fasern hervorgehoben werden. Es ist ater eine blosse Hypothese, wenn Ziehen's "physiologische Psychologie" diesen Fasern die Function ertheilt, "deponirte Erinnerungsbilder" zu verknüpfen. Vorstellungen sind nicht Telegraphenstangen, zu deren Verbindung ein Faden Draht ausreicht. S. 23 werden als Elemente des "psychischen Processes" 1. Empfindung oder Wahrnehmung, 2. Erinnerungsbild oder Vorstellung genannt. Und dann geht es weiter: "Andere Elemente des psychischen Processes anzunehmen, liegt kein Grund vor". Nun, so lange die "physiologische Psychologie", wie sie in Jena gelehrt wird, mit ihren Associationsfäden noch nicht die Menschheit zusammenhält, werden das nach wie vor Hunger und Liebe besorgen müssen. Das sind Triebe, die zwar nach Z. als weitere Elemente des "psychischen Processes" anzunehmen "kein Grund vorliegt", die es ihm aber schwerlich gelingen dürfte auf Depotkästen für Erinnerungsbilder und ihre Zwischendrähte zurückzuführen, wenigstens nicht eher, als bis er das Fressen einer Amöbe und das Duften der geschlechtsreifen Rose aus dem Aphasie-Schema deduciren kann.

Ich empfehle als Antidot gegen den Jenaer Physio-Psychologen einen anderen Jenenser, den geistvollen Verworrn, der die Erforschung des Lebens, nicht die Aufstellung von Schematen als Ziel der Physiologie bezeichnet.

Die dürren Reiser des Ziehen'schen Schemas werden nie Früchte tragen, und wenn die neueste Litteratur und die complicirtesten Methoden noch so fleissig nachgetragen werden; ohne ein intuitives Verständniss für die hinter dem dünnen Schleier unseres Denkens halb verborgenen ungeheuren, chaotischen Mächte der Triebe und Gefühle, durch die wir in Zeit und Raum mit dem Universum und der Gattung zusammenhängen, giebt es keine echte Psychologie. Aber selbst die abgeblasste Form, in welcher dieser Untergrund des "psychischen Processes" bei Wundt auftritt, ist Z. noch zu lebensvoll, nicht akademisch, nicht laboratoriumsmässig genug. Er spricht herablassend von einer "animistischen Hypothese" bei Wundt.

In summa möchte ich den vorliegenden Leitfaden als eine Einführung in die neuere Litteratur der physiologischen Psychologie wohl dem Psychiater empfehlen. Wer aber eine Einführung in das Leben der Seele sucht, um ein feineres Verständniss für Seelenleiden zu gewinnen, wird gut thun, zu Höffding, James oder Jodl zu greifen und Fechner und Schopenhauer nicht zu vergessen.

Der trockene Ton und der enge Horizont des Buchs lässt ein Eingehen auf die Forschungsmethoden der Luboratoriums-Psychologiedoppelt vermissen, deren

Berücksichtigung doch eigentlich seinem ganzen Tenor entsprochen hätte. Diesem Bedürfniss genügt vorzüglich Külpe's Grundriss der Psychologie.

Kurella.

XII) Havelock Ellis u. J. A. Symonds: Das contrare Geschlechtsgefühl. Deutsche Original-Ausgabe, besorgt unter Mitwirkung von Dr. Hans Kurella.

(Bibliothek für Socialwissenschaft, Bd. 7. Leipzig, Georg H. Wigand's Verlag, 1896, Preis Mk. 6.)

In der Haultsache rührt das vorliegende Werk von Ellis her und bildet gleichsam eine Fortsetzung seines früheren Werkes "Mann und Weib". Symonds vermochte nur einen geringen Theil zu demselben beizusteuern, weil er vorzeitig durch den Tod abgelusen wurde. Trotz dieser Arbeitstheilung erscheint uns die Bearbeitung wie aus einem Guss. Die Uebersetzung ist fliessend und ganz deutsch ausgefallen.

Das erste Capitel behandelt die geschlechtliche Inversion von allgemeinen anthropologisch ethnologisch historischen Gesichtspunkten. — Capitel 2 giebt eine Geschichte über die Lehre der Inversion. Wir erfahren unter Anderem, dass Westphal das Thema zum ersten Male wissenschaftlich behandelt hat — von ihm rührt auch die Bezeichnung "conträre Sexualempfindung" her —, sowie dass Ulrichs, selbst ein Invertirter, gleichsam agitatorisch für die wissenschaftliche und gesetzliche Anerkennung des "Uranismus" eingetreten ist. — Das dritte Capitel bringt einen langen hochinteressanten historischen Excurs über die Homosexaalität in Griechenland aus der Feder Symonds'.

In den nächsten Capiteln wendet sich der Verfasser der Betrachtung des homosexuellen Zastandes von der medicinischen Seite zu. behandelt er in Capitel 4 das contrare Sexualgefühl beim Manne. vertritt den Standpunkt, dass dasselbe nur selten erworben, zumeist ein angeborener Zustand ist. Er unterscheidet zwei Spielarten der sexuellen Inversion: 1. einfache Inversion und 2. psychosexuellen Hermaphrodismus. Die erstere Form ist die geschlechtliche Beziehung ausschliesslich gleichen Geschlecht, die zweite die zu beiden Geschlechtern gleichzeitig; diese kommt viel seltener als jene vor. Eine Casuistik von 26 Krankengeschichten illustrirt diese beiden Formen, die sich im Uebrigen nicht immer streng von einander trennen lassen. In ähnlicher Weise beschäftigt sich Havelock Ellis im 5. Capitel mit der sexuellen Inversion beim Weibe, die anscheinend wenig oder überhaupt nicht seltener als beim Manne vorkommt, in der letzten Zeit im Zunehmen begriffen sein soll, wozu die modernen Culturbestrebungen (Frauenemancipation) nicht wenig beigetragen haben mögen. Ein hauptsächliches Merkmal homosexueller Weiler ist ein gewisser Grad von Mänplichkeit. - Sehr verbreitet ist die sexuelle Inversion unter den Prostituirten.

In den beiden folgenden Capiteln versucht der Verfasser eine psychologische Analyse der Homosexualität und ihrer Factoren, unter hauptsächlichster Berticksichtigung seiner eigenen Erfahrungen. Heredität, sonstiges gesundheitliches Verhalten der Invertirten, Anfang und Veranlassung des contrasexuellen Zustandes werden eingehend behandelt, insbesondere der

letztere Punkt. Verfasser hat den Eindruck gewonnen, dass die sexuelle Inversion als ein wesentlich angeborener Zustand betrachtet werden muss Er sucht die Ansicht derer zu widerlegen, die auf Grund einer vermeintlichen Analogie mit dem erotischen Fetischismus diesen Zustand als erworben resp. suggerirt auffassen. Zur Zeit der beginnenden Pubertät hat der Geschlechtstrieb noch kein bestimmtes Ziel; er beginnt sich dann erst zu differenziren. Thut er dieses ausnahmsweise nicht in normaler Weise. dann muss es sich um einen von vornherein abnorm veranlagten Organismus handeln. Wir wissen aus der Entwicklungsgeschichte, dass während des frühesten Fötalzustandes eine organische Zweigeschlechtigkeit latent vor-Bei der Weiterentwicklung gewinnen entweder die männlichen oder die weiblichen Keime das Uebergewicht, bis schliesslich in dem reifen Individuum nur ein paar abortive Keime des anderen Geschlechtes übrig geblieben sind. Beim homosexuel!en Wesen aber und beim psychosexuellen Zwitter, so nimmt Ellis an, ist der Process nicht normal verlaufen dank einer unbekannten Besonderheit in Zahl oder Beschaffenheit der ursprünglichen mannlichen oder weiblichen Keinnchen oder beider; die Folge wird ein Wesen sein, dessen ganzer Organismus mehr für die Bethätigung des contraren denn des normalen Triebes geartet oder zu beiden Trieben gleich veranlagt ist. Es handelt sich bei der Inversion also um eine Variation, eine "Spielart", um eine Abnormität, indessen nicht um einen krankhaften Vorgang. Die Inversion mit der Degeneration zu identificiren, hält Verfasser nicht für angängig. Denn Inversion findet sich bei im Uebrigen gesunden und normalen Individuen; eine einzelne Anomalie berechtigt aber nicht dazu, von Degeneration zu sprechen. - Als Gelegenheitsursache ist in erster Linie die heutigen Tages in den Schulen bestehende Trennung der Geschlechter anzusahen, demnächst auch die Verführung und als dritte; Hauptmoment getäuschte Liebe zum anderen Geschlecht. Suggestion spielt nur eine untergeordnete Rolle.

Ungenügende Entwicklung der äusseren Genitalien scheint bei den Invertirten ziemlich häufig zu sein. Frühreife ist gewöhnlich ein Vorläufer ausgesprochener Entwicklungshemmung. Bei $60^{\circ}|_{0}$ der Invertirten bestanden künstlerische Fähigkeiten (nach Galton unter 1000 zufällig ausgewählten Personen nur in $30^{\circ}|_{0}$); besonders häufig finden sich darunter musikalische Menschen.

Im 8. Capitel zieht der Verfasser die Consequenzen aus den vorausgebenden. Zunächst kommt er auf die Prophylaxe und Therapie zu sprechen. Soweit der von Geburt Conträrsexuelle in Frage kommt, kann von einer Vorbeugung nur eine geringe Einwirkung zu erwarten stehen. Eher kann man sich bei der erworbenen Form Erfolg versprachen. In erster Linie muss dem Uebel in der Schule vorgebeugt werden. Verfasser plaidirt energisch für einen gemeinsamen Unterricht beider Geschlechter in der Schule. Referent möchte diesen Vorschlag dahingestellt sein lassen; er fürchtet, dass man dann den Teufel durch Beelzebub austreibt und für ein kleiues Uebel ein grösseres heraufbeschwört. — Bezüglich der Behandlung verspricht sich Verfasser von dem von v. Schrenck-Notzing angegebenen Verfahren nicht sonderlich viel. Mehr Erfolg stehe zu erhoffen von einer tonisirenden eventuell kalmirenden Behandlung verbunden mit Gymnestik, Aufenthalt in

frischer Luft, einer Beschäftigung, die Interesse abgewinnt etc. Im Allgemeinen darf man es gar nicht für ein Glück ansehen, wenn man einen Invertirten "curirt"; denn er wird dann zumeist Nachkommen erzeugen, die selbst invertirt oder wenigstens neuropathisch ausfallen.

Des Weiteren macht uns der Verfasser mit den Gesetzen bekannt, die man in den verschiedenen Ländern- gegen die Homosexualität erlassen hat. Wenn man von Deutschland, England, Oesterreich und Russland absieht, wird die Sache ziemlich milde beurtheilt. Verfasser steht auf dem Standpunkt — und diesen wird gewiss jeder Unbefangene theilen —, dass die sexuelle Inversion vom ästhetischen Standpunkte zu beurtheilen ist, und, da etwas Ekel erregendes nicht auch verbrecherisch ist, in den Culturstaaten zu streng bestraft wird. Er tritt für folgenden Gesetzentwurf ein:

Weder die Sodomie noch "unzuchtige Handlungen" sollen als strafbare Handlungen gelten, ausser unter besonderen Umständen; d. h. wenn zwei Personen gleichen oder verschiedenen Geschlechtes, welche das Alter der hinreichenden Einsicht haben, darin übereinstimmen, insgeheim irgend eine perverse Art und Weise ihres Geschlechtstriebes zu betreiben, dann hat das Gesetz nicht einzuschreiten.

XIII) Franz Windscheid: Neuropathologie und Gynaekologie. (Berlin, Verlag von S. Karger, 1897.)

Verfasser hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, die vielfach so unklaren Beziehungen zwischen den normalen und pathologischen Vorgängen, die sich in den weiblichen Geschlechtstheilen und ihren Annexen abspielen, und dem Nervensystem einmal zusammenzustellen und vom Standpunkte des Neuropathologen aus zu beleuchten.

Der gesammte Stoff ist in 3 Abschnitten angelegt. Verfasser behandelt nacheinander 1. die Beziehungen der physiologischen Functionen der weiblichen Genitalien zu Krankheiten des Nervensystems, 2. die Beziehungen zwischen den pathologischen Erscheinungen derselben und solchen Erkrankungen und 3. die Beziehungen zwischen der Therapie der Erkrankungen der weiblichen Genitalien und Erkrankungen des Nervensystems; dem Ganzen wird eine Darstellung der anatomischen Beziehungen zwischen den weiblichen Genitalien und dem Nervensystem vorausgeschickt. — Der erste Abschnitt, der Einfluss der physiologischen Vorgänge, als da sind Menstruation, Gravidität, Entbindung und Puerperium, auf das Nervensystem füllt den weitaus grössten Theil des Buches aus. Verfasser vertritt den gewiss ganz berechtigten Standpunkt, dass in einer ganzeu Beihe von Nervenkrankheiten die physiologische und pathologische Evolution der weiblichen Geschlechtsorgane nicht die directe Ursache abgiebt, wie vielfach angenommen wird, sondern nur das auslösende Moment vorstellt.

Im zweiten Abschuitte behandelt der Verfasser zunächst den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des weiblichen Sexualsystems und einem durch sie bedingten Nervenleiden, sodann die Beziehungen zwischen primären Nervenleiden und secundären Veränderungen der Genitalien. Die Möglichkeit, dass Erkrankung der Genitalien eine locale Nervenerkrankung hervorrufen können, giebt er ohne Weiteres zu; dagegen verhält er sich sehr skeptisch gegenüber der Behauptung, dass aus einer localen Genitalaffection

eine allgemeine Neurose resultiren könne. Er zeigt, dass in den meisten Fällen ein von vorn herein geschwächtes "labiles" Nervensystem Vorbedingung für die Entstehung einer Neurose sein wird, vermag aber nicht anzugeben, auf welche Weise die Uebertragung des durch den Genitalbefund gegebenen Reizes auf das Genitalnervensystem erfolgt.

Im dritten Abschnitte berührt der Verfasser auch die heikle Frage nach der Berechtigung eines gynäkologischen Eingriffes bei Nerveuleiden. Er hezweifelt nicht, dass eine günstige Beeinflussung der Nervenaffection durch eine solche Behandlung stattfinden kann, führt dieselbe aber auf Suggestion zurück. Trotzdem will er die Bedeutung der gynäkologischen Behandlung nicht unterschätzt wissen. Nur gegen die Entfernung gesunder Ovarien zur Heilung einer Neurose macht er energisch Front.

Weungleich Windscheid seine Arbeit für den practischen Arzt geschrieben hat, so bietet sie auch für den Specialcollegen eine anregende Lectüre, aus welcher derselbe ebenfalls dieses und jenes wird lernen können. In der Hauptsache wird man dem Verfasser in seiner Anffassung vom Zusammenhange zwischen Genitalerscheinungen und Nervenaffectionen beipflichten.

Buschan.

XVI) W. M. v. Bechterew: Die Leitungsbahnen des Rückenmarks und Gehirns. Einführung in das Studium der inneren Zusammenhänge des Centralnervensystems. I. Theil: Untersuchungsmethoden, Faserung des Rückenmarks und des Hirnstammes).

(Russisch. 390 S. 8°. 302 Holzschnitte. Petersburg, K. S. Rikker, 1896.)

Die erste Auflage dieses Werkes ist 1594 in deutscher Uebersetzung erschienen. Nun erscheint es als wahrhaft monumentales Werk in 2 Bänden. v. B.'s colossale Arbeitskraft tritt uns auf jeder Seite entgegen, sein Ausgeben von Flechsig ist unverkennbar, aber es zeigt sich in der starken Verwendung der Neuronen-Methode neben der auf Verfolgung der Markscheidenbildung gegründeten entwicklungsgeschichtlichen Methode ein Hinausgeben über Flechsig. Voraussichtlich wird das eine Vergleichung des noch ausstehenden II. Bandes mit den neuesten Publicationen F.'s noch deutlicher zeigen. An manchen Punkten, so ganz besonders in der centralen Hörleitung, folgt v. B. ganz der Flechsig'schen Schulung, wobei die Polemik gegen Baginsky stark hervortritt.

Am Ausführlichsten behandelt v. B. von den Problemen der Rückenmarkshistologie den Verlauf der hinteren Wurzeln und der Hinterstränge; etwas unbefriedigend nimmt sich neben dem verwickelten anatomischen Detail aus, was er über die Physiologie dieser Gebilde sagt; er tritt mit Entschiedenheit für die Leitung der Schmerzempfindungen im mittleren Theile der Seitenstränge ein, deutet die Goll'schen Stränge als Leitungs. bahnen der tactilen, die Burdach'schen als Bahnen der Muskelempfindungen. Die Helweg'sche Bahn wird kurz als Olivenbahn des Rückenmarks genannt.

Ein Eingehen auf Einzelheiten der 250 Seiten umfassenden Darstellung der Hirnstamms muss ich mir versagen; auffallend ist die ganz kurze Behandlung der gl. pinealis, deren recessus wegen seiner eigenartigen Beziehung zur commiss. poster. wohl eine Erwähnung verdient hätte. Die phylogenetische Bedeutung dieses Organs wird ganz kurz erwähnt.

Digitize Gay Google

Sehr eingehend wird das Problem der Sehnervenkreuzung behandelt, im Sinne der partiellen Kreuzung; eine interessante schematische Figur (Nr. 164) giebt ein Bild der Lagerung der gekreuzten, ungekreuzten und maculären Fasern im Sehnerven, Chiasma und Tractus auf Grund der neueren Publicationen von Samelsohn, Vossius, Nettleship und Uhthoff.

Die allgemeine Darstellung der Sehbahnen, die genauer wohl erst im II. Theil des Werks besprochen werden wird, schliesst sich aufs engste Henschen an. Sehr ausführlich werden vergleichend-anatomische Thatsachen auf diesem Gebiete dargestellt, ebenso die Bahnen der acustischoptischen Reflexe.

Die Darstellung der Schleife und des hinteren Längsbündels nimmt in dem Reste des Werks den breitesten Raum ein (siehe das folgende Referat); überall tritt die Synthese aller Methoden der Hirnforschung, auch der physiologischen, als meisterhaft gehandhabtes Mittel der Forschung und Darstellung auf. Die Darstellung der physiologischen Bedeutung der verschiedenen Systeme macht den Schluss. — Ich glaube, dass das Werk auch neben Obersteiner's, Edinger's und Déjérine's Handbüchern seinen Platz behaupten wird. Für den Fall einer Veranstaltung einer deutschen Uebersetzung wäre zu wünschen, dass die in einem Zuge ohne Absatz und Inhaltsverzeichniss hinlaufenden grossen Capitel von 100 bis 250 Seiten übersichtlich in Paragraphen getheilt würden; jetzt ist es sehr schwer, eine bestimmte Frage in dem Buche nachzuschlagen; auch die vielen Druckfehler stören sehr, besonders in den Eigennamen; Pal erscheint stets als Pahl.

XV) W. v. Bechterew: Ueber die Schleifenschicht auf Grund der Resultate von nach der entwicklungsgeschichtlichen Methode ausgeführten Untersuchungen.

(Archiv für Anatomie und Physiologie. Anatomische Abtheilung. 1895.)! Separat-Abdruck.

Die (untere) Schleife erscheint hinsichtlich der Zusammensetzung ihrer Fasern als durchaus nicht gleichartig. Sie kann nach ihrem Entwicklungsgange in 4 Theile gesondert werden; ein Theil besteht aus Fortsetzungen der Keilstrangfasern und wird am frühesten markhaltig; ein zweiter besteht aus den Fasern des zarten Stranges, ein dritter als accessorische Schleife bezeichneter stellt wahrscheinlich die centrale Bahn der cerebralen sensiblen Nerven dar und der vierte endlich wird aus Fasern gebildet, welche aus den Seitensträngen des Rückenmarks in die Olivenzwischenschicht treten. Was den genaueren Verlauf dieses Bündels anbetrifft, so liess sich darüber folgendes feststellen: Die Fasern aus den Keilstrangkernen legen sich nach der Kreuzung im centralen Theil der Olivenzwischenschicht an, nehmen dann cerebralwärts den äussersten Theil der Schleife ein, sie enden zum Theil im Corpus parabigeminum, hauptsächlich aber im Corpus subthalamicum und Globus pallidus sowohl derselben wie mittels der Meynert'schen Commissur auch der entgegengesetzten Seite. - Die aus dem Kerne des zarten Stranges stammenden Fasern liegen zuerst dorsalwärts, dann medial von den eben beschriebenen and begeben sich dann zum äusseren ventralen Theil des Sehhügels und verschwinden hier ganz, indem sie sich etwas nach innen vom Corpus geniculat. mediale zerstreuen. Von diesen beiden

Abschnitten der Schleife gehen sicher keine Fasern unmittelbar zu den Hirnhemisphären. - Die der accessorischen Schleife zuzurechnenden Fasern bestehen aus kleineren Bündeln feiner Fasern und liegen in der Hauptschleife zerstreut, am meisten freilich in dem innersten Theil derselben. Ihr distaler Ursprung ist zwar noch nicht sicher ermittelt, wahrscheinlich aber stellen die Bundel, wie erwähnt, die centralen Leitungen sensibler Hirnnerven dar. In der Höhe des vorderen Zweihügels ziehen sie aus der Haube durch den äusseren Abschnitt der Substantia nigra in die Gegend der Hirnschenkelbasis, bleiben dort immer dorsal von den Pyramidenbahnen, mit denen zusammen sie durch die innere Kapsel der Hirnrinde zustreben. Sie stellen in der That eine Rindenschleife dar, stehen aber mit den Hinterstrangskernen in keinem directen Zusammenhang. - Was den aus den Seitensträngen hervorgehenden Theil der Schleifenschicht anlangt, so gelang es mit der angewendeten Methode nicht, genau seinen Faserverlauf zu verfolgen; die Fasern desselben scheinen hauptsächlich im inneren Theil der Schleife ihre Lage zu haben.

Zu allen diesen Bestandtheilen der Schleife kommt noch ein weiterer: die sogen. En ssschleife, vom Verfasser mediale Schleife genaunt. Die Zahl der Fasern dieses Pündels nimmt in absteigender Richtung allmählich ab, besonders rasch in den unteren Abschnitten der Brücke. Das Bündel liegt dort nach innen von den Fasern der Hauptschleife, sondert sich aber schon im Niveau des oberen Brückentheiles etwas ab; in der Gegend der Hirnschenkel biegt es sich scharf nach aussen ab und erreicht den inneren Theil der Pyramidenbahn, wo es wieder eine Längsrichtung erbält; in der Gegend der inneren Kapsel liegen seine Fasern unmittelbar vor denen der Pyramidenbahn und sie ziehen ohne Zweifel ununterbrochen bis zur Hirnrinde. Aus pathologischen Fällen ist zu erschliessen, dass das Bündel als centrale Leitung für die motorischen Hirnnerven dient; immerhin scheint es nicht alle diesbezüglichen Leitungen in sich einzuschliessen.

Cassirer (Berlin).

XVI) M. Roebroeck: Ganglion supremum colli nervi sympathici. (Utrechter Dissertation, 98 S. 80. 3 Tafeln.)

Wie die im letzten Hefte besprochenen Arbeiten von Elias und Beervoets ist die vorliegende Untersuchung über den Einfluss des Halsganglions auf die Pupille durch Prof. Winkler veranlasst. Es handelt sich im Wesentlichen um ausgedehnte Experimente an Kaninchen; der Exstirpation des gewählten Ganglions wurde längere Zeit vorher die Exstirpation des gleichseitigen Sympathicus nebst dem obersten Ganglion vorausgeschickt. Die Folge der so vorbereiteten Entfernung des Organs war eine drei Wochen anhaltende Erweiterung der Pupille, ferner eine zugleich mit der definitiven Verengerung einsetzende partielle Atrophie des corpus ciliare. Da diese Atrophie nur muskulär sein kann, muss der atrophische Theil des corpus ciliare den m. dilatator pupillæ, das Ganglion supremum aber sein Centrum darstellen; dieses Centrum enthält also die Zellen des directen Neurons des m. dilat. pupillæ. Die Entfernung des Ganglions muss also einen Irritationsprocess in den pupillenerweiternden Fasern, herbeiführen.

Andere Befunde der histologischen Untersuchung des Ganglions nach Durchtrennung seiner capitalen Fortsätze deuteten darauf hin, dass in dem Ganglion auch zum Rückenmark hinführende Neuronen ihre Zellen haben. Andere interessante Nebenergebnisse der Arbeit (so die Erörterung des Verlaufs der Vasomotoren von Ciliarkörper und Iris) können hier nicht weiter verfolgt werden. Die historische Darstellung der Dilatator-Frage ist sehr interessant.

XVII) G. W. Hoeben (Breda): Over een Centrum oculo-spinale. (Utrechter Dissertation, 60 S. 80, 2 Tafeln.)

Plan und Illustration der Arbeit stammen von Prof. C. Winkler. Sie knüpft daran an, dass Roebroeck (s. o.) die Existenz eines eiliospinalen Centrums anzweifelt und die pupillenerweiternden Fasern aus den oberen Zweihügeln herleitet. Es wurde an 9 neugeborenen Kaninchen entweder ein Auge entfernt oder der Sympathicus oder sein oberstes Ganglion, bald ein-, bald doppelseitig. Nach 2-3 Monaten wurden die Thiere getödtet und das Rückenmark untersucht. Es fand sich daun: 1. In den unteren Cervicalwurzeln, sowohl vorderen wie hinteren, eine erhebliche Verringerung der Zahl der feineren Fasern; 2. die Spinalganglien ganz unverändert; 3. Verschmälerung der Hinter- wie der Vorderstränge an der operirten Seite; 4. eine Atrophie des centralen Theiles des Vorderhorns im 4.-7. Rückenmarkssegment, am deutlichsten zwischen der 5. und 7. Wurzel. Im medialen und centralen Theil des Vorderhorns dieser Segmente sind die kleinen Zellen entweder verschwunden oder geschrumpft. Auch einzelne grössere Zellen sind verändert.

Demnach entspringen die zum Auge gehenden Sympathicusfasern beim Kaninchen im untersten Theil des Halsmarks, namentlich zwischen dem 5. und 7. Wurzelpaar, und zwar in den medialen und centralen Abschnitten des Vorderhorns, zum Theil auch in den ventralen und lateralen Gruppen.

Eur ein spinales Pupilleuerweiterungscentrum beweisen diese Ergebnisse allerdings weniger, als B. anzunehmen scheint. Kurella.

XVIII) M. Colenbrander: Over de structuur der gangliencel uit den voorsten hoorn. (Structur der Vorderhorn-Ganglienzellen.)
(Utrechter Dissertation 1893.)

Die eigenen Beobachtungen des Verfassers — an Kaninchen nach Nervendurchschneidung, an Tauben bei Bleivergiftung, an einem Greise, der vor Jahren mehrere Finger verloren — sind schwer interpretirbar und stimmen ihn skeptisch. Den grössten Theil der Abhandlung bildet eine systematische Darstellung der Litteratur über Ganglienzellenstructur, vorwiegend der an Nissl anknüpfenden. Das Quellenverzeichniss nennt nicht weniger als 71 Schriften (bis Mitte vorigen Jahrs), welche der Autor anscheinend vollständig und offenbar mit Verständniss gelesen hat.

Kurella.



IV. Referate und Kritiken.

A. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

33) Michael Lapinsky (Kiew): Zur Frage über den Zustand der kleinen Capillaren der Gehirnrinde bei Arterioscherose der grossen Gefässe.
(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 20.)

Von 15 Fällen mit deutlicher Arteriosclerose der grossen Gefässe an der Hirnbasis zeigte nur ein Fall ein normales Verhalten der Capillaren der Hirnrinde, 6 Fälle geringe Abweichungen und in 8 Fällen mehr oder weniger bedeutende Degeneration, welche entweder von einer starken bis zum Verschluss gehenden Verengerung des Lumens oder von dem Verlust der Elasticität der Gefässwand begleitet wurde.

L. glaubt, dass man die bei allgemeiner Arterioscherose beobachteten Störungen der Functionen der Hirnrinde von nun an auf die locale Anämie der betreffenden Hirncentren werde beziehen können. Hoppe.

34) Ernst Bayer (Strassburg): Zur Lehre von der Porencephalie. (Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 18.)

B. sucht in einer eingehenden Kritik der Arbeit von Kahlden über die Porencephalie unter Benutzung der übrigen Litteratur zu beweisen, dass ein principieller Unterschied zwischen congenitalen und erworbenen Porencephalien nicht besteht und dass zur Entstehung der ersteren alle die verschiedenen Modalitäten in Frage kommen, welche bei letzteren nachgewiesen sind. Die weitere Forschung über die Porencephalie muss nach B. mehr als bisher die klinischen Erscheinungen berücksichtigen, besonders sich auf die Untersuchung möglichst frischer Fälle stützen.

Hoppe.

35) Neumayer: Die histologischen Veränderungen der Grosshirnrinde bei localem Druck.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, p. 167 ff.)

Die Art und Entwicklung der Veränderungen in der Grosshirnrinde bei localem Druck studirte N. experimentell, indem er Kaninchen durch eine Trepanationsöffnung Wachskugeln, etwa ¹/₂₀ Gehirnvolumen gross, in das Schädelinvere brachte und dieselben nun verschieden lange Zeit dort beliess (6 Stunden bis 60 Tage). In den typisch auftretenden Veränderungen konnte er 3 Perioden unterscheiden:

Die erste umfasst einen Zeitraum von 24 Stunden und ist characterisirt durch die stärksten Degenerationserscheinungen, die jedoch nur Nervenzellen und Nervenfaseru der oberflächlichsten Schichten betreffen, der Tangentialfaserschichten und der Schicht der kleinen Pyramidenzellen.

Die zweite Periode unfasst den Zeitraum von 1 10 Tagen. Hier greifen die Degenerationserscheinungen schon mehr in die Tiefe. Während dessen tritt aber schon in den obersten Schichten eine beginnende Zunahme des Stützgewebes anf Kosten der nervösen Elemente und eine Verdickung der Pia mater auf.

Die dritte Periode (10-30 Tage) ist characterisirt durch progressive Abnahme der nervösen Elemente, auch der tieferen Partien der Gehirnrinde,

Zunahme des Stützgewebes ebenda, während in oberflächlichen Schichten die degenerativen und productiven Erscheinungen zum Stillstand gekommen sind. Alle diese Veränderungen sind nach 30 Tagen schon vollkommen ausgebildet und erfolgt nach dieser Zeit nur noch eine geringe Verdickung der Pia. Hübsche Zeichnungen illustriren diese Ausführungen.

Dauber (Würzburg).

36) R. Hutchinson: Hirnzellendegeneration bei Nicht-Irren. (Degenerative changes in the brain cells of the non-insane.

(The Edinburgh Hospital Reports Vol. IV, 1896.)

Die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten entbehrt bisher einer sicheren Unterlage deshalb, weil es an Untersuchungen von Gehirnen solcher Individuen fehlte, welche, ohne geisteskrank zu sein, an solchen Krankheiten zu Grunde gingen, denen auch die meisten Geisteskranken erliegen, also Lungen-, Nieren-, Herzkrankheiten. Es musste an diesem Material zunächst einmal geprüft werden, ob nicht die meisten der in Gehirnen Geisteskranker gefundenen und für das Entstehen der Geisteskrankheit verantwortlich gemuchten Veränderungen sich auch hier finden. fasser bediente sich zu seinen Untersuchungen der Methode von Bevan-Lewis: ein Stückchen aus der linken motorischen Zone liess er gefrieren, fixirte durch Eintauchen in eine $\frac{1}{4}$ 0 acid. osmic. Lösung für 15-30 Secunden und färbte in 1/40 aniline blue-black. Im Ganzen wurden 50 Fälle untersucht und wesentlich nur die Ganglienzellenveränderungen berücksichtigt. Zunächst war die Zahl der überhaupt gefundenen pathologischen Veränderungen überraschend gross; am häufigsten war Pigmentdegeneration; diese fand sich in etwa der Hälfte der Fälle, die überhaupt Abnormitäten boten; davon waren in 590/0 die Individuen älter als 45 Jahre, in dem am weitesten vorgeschrittenen Falle handelte es sich jedoch um ein 38 j. Individuum; im Uebrigen waren alle Grade dieser Degeneration vertreten. - Granulardegeneration der Zellen in typischer und verbreiteter Form war selten und verband sich einmal mit Oedem des Gehirns. Vakuolisirung der Zellen und Zellkerne war nicht selten, betraf aber sehr oft nur eine Zelle oder Zellgruppe. Die Vakuolen waren von verschiedener Form und Gestalt; eine bestimmte Beziehung zwischen ihrem Vorkommen und toxaemischen Zuständen, die behauptet worden ist, liess sich nicht feststellen. änderungen der Neuroglia scheinen nicht so häufig zu sein wie in Gehirnen Geisteskranker; erhebliche Vermehrung der Spinnenzellen, wie etwa bei der Paralyse, fand sich nie. Mit den hier gefundenen Ergebnissen wurden die verglichen, die sich an 50 den Gehirnen Geisteskranker entnommeuen Stücken herausstellten. Hier fanden sich weder in Bezug auf die Zahl noch die Intensität der Veränderungen wesentlich andere Resultate, ausgenommen die Fälle von progressiver Paralyse. Dies Ergebniss muss gewiss dazu auf-

fordern, auch mittelst anderer Methoden (Nissl, Golgi) die dies-

bezüglichen Verhältnisse zu untersuchen.

Cassirer (Berlin).



37) G. Marinesco: Lésions de la moëlle épinière consécutive à la ligature de l'aorte abdominale.

(Comptes rendus de la Socièté de Biologie (séance du 29. février 1896.)

Fünf bis sechs Stunden nach einer aseptischen Ligatur der Aorta abdominalis beim Kaninchen fanden sich folgende Veränderungen: In den Zellen des Vorderhorns leichte Schwellung der chromatophilen Granula; auch Protoplasmafortsätze und Axencylinder sind etwas voluminöser ge-In gewissen Zellen sind in einer peripherischen halbmondförmigen Partie die Granula ersetzt durch eine körnig-trübe Masse. Diese Chromato. lyse findet sich auch an Zellen des Hinterhorns; immer bleibt eine perinucleare Zone intact. Zu gleicher Zeit wird auch die achromatische Substanz der Zelle, das Trophoplasma zerstört, es entstehen Lakunen und mit der Zerstörung des Trophoplasma stirbt die ganze Zelle ab; jetzt werden auch Kernläsionen deutlich, unregelmässige und verschwommene Begrenzung derselben fällt auf. Hat das Thier 12 Stunden nach der Ligatur noch gelebt, so sind die Veränderungen im Protoplasma und Kern der Zelle. der aber immer noch die Mitte der Zelle einnimmt, abnliche, nur intensivere. Erst 24 Stunden nach der Ligatur werden auch im Bindegewebe Veränderungen durch Auftreten von Kerntheilungsfiguren kenutlich. In der weissen Substanz findet man, wenn das Thier 7 Tage nach der Ligatur gelebt hat, degenerirte Fasern, deren Zahl proportional der der lädirten Zellen ist; alle sind als endogene Fasern aufzufassen und finden sich in den verschiedenen Strängen des Rückenmarks zerstreut vor.

Cassirer-Berlin.

38) G. Marinesco: Pathologie des collatérales de la moëlle épinière.
(Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du
6. mars 1896.)

Bei den Untersuehungen des Centralnervensystems, zunächst des Rückenmarks, verdienen die Verhältnisse der Collateralen der hinteren Wurzeln (Reflexcollateralen, Collateralen der Clarke'schen Säulen, zur Mitte des Hinterhorns und zur Subst. gelatin. Rolandi) volle Aufmerksamkeit. Es besteht ein fundamentaler Unterschied zwischen den Fällen, wo bei Integrität der Collateralen und der hinteren Wurzeln die Hinterstränge erkrankt sind (endogener Ursprung der Affection) und denen, wo auch die Collateralen und hinteren Wurzeln lädirt erscheinen (exogener Ursprung der Affection). — Bei der Tabes ist die Degeneration der Collateralen proportional der der hinteren Wurzeln und Stränge und stets sehr frühzeitig, namentlich an den Collateralen zu den Clarke'schen Säulen und den Vorderhornzellen ausgesprochen. Ob in den Collateralen oder doch nicht vielmehr in den Zellen der Spinalganglien die initialen Läsionen bei dem tabischen Process sitzen, ist noch nicht sicher ausgemacht.

Erwähnt werden noch die Läsionen der Collateralen bei gewissen Formen der neurotischen Muskelatrophie, bei der Syringomyelie, der perniciösen Anämie und der Friedreich'schen Krankheit, bei welch letzterer im Gegensatz zur Tabes die hinteren Wurzeln meist intact sind, während die Reflexcollateralen und die zu den Clarke'schen Säulen führenden Collateralen alterirt sind.

39) B. Vorotynsky (de Kazan): Sur le début et la marche des dégénérations secondaires dans les différents systèmes de la moelle épinière du chien.

(Revue neurologique Nr. 20, 1896.)

Der Verfasser führt an einer Reihe erwachsener Hunde die quere Durchschneidung des ganzen Rückenmarks oder einer Rückenmarkshälfte aus; die operirten Thiere blieben verschiedene Zeit, von 2 Tagen bis zu 4 Wochen und darüber am Leben. Die Rückenmarkspräparate wurden nach Marchi und Algeri behandelt. Hierbei ergaben sich folgende Thatsachen:

- 1. 4¹/₂ Tage nach der vollständigen Durchschneidung des Rückenmarks beim Hunde tritt eine aufsteigende Degeneration des Goll'schen Stranges auf, welche jedoch zu dieser Zeit noch sehr wenig ausgesprochen ist.
- 2. Am 5. Tage nach der Operation gesellt sich zu der erwähnten Degeneration, welche jetzt schon deutlich hervortritt, absteigende Degeneration des Löwenthal'schen Stranges, des vorderen Grenzbündels und des Fasciculus intermedio-lateralis.
- Gegen den 6. Tag beginnen die directen Kleinhirnseitenstrangbahnen zu degeneriren, die Degeneration betrifft zunächst die hintere Partie derselben.
- Am 7. Tage erscheint die absteigende Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen.
- 5. Das Maximum der Entwicklung des degenerativen Processes wird nach der Durchschneidung des Rückenmarkes erreicht: in den Goll'schen und Löwenthal'schen Strängen gegen den 8. oder 10. Tag, in den Kleinhirnseitenstrangbahnen gegen den 14. oder 16. Tag und endlich in den Pyramidenseitenstrangbahnen gegen den 20. oder 30. Tag.

Die Beobachtungen des Verfassers bezüglich der Auseinandersolge der secundären Degenerationen in den Rückenmarksfasersystemen des Hundes, die nach Durchschneidung auftreten, stimmen mit den Befunden Schaffer's an der Katze überein. Bezüglich des Verlauses der secundären Degeneration glaubt Versasser auf Grund seiner Untersuchungen solgern zu dürsen, dass diese Veränderung, nachdem sie einmal begonnen hat, sich sehr rasch entwickelt, man kann sagen, gleichzeitig in der ganzen Länge des in Betracht kommenden Stranges, was mit den Ansichten Bouchard's und Singer's übereinstimmt.

L. Löwenfeld.

40) Babès et Varnali: Des myélites infectieuses. (Archives des sciences médicales, I, H. 1, 1896, Paris.)

Babès hat zuerst im Jahre 1889 einen Fall veröffentlicht, in dem er bei einer acuten Myelitis das Vorhandensein eines morphologisch und biologisch scharf characterisirten pathogenen Microorganismus in der Medulla nachweisen konnte. Weitere Fälle wurden später vereinzelt veröffentlicht, es gelang auch experimentell solche Myelitiden hervorzurufen. Ein neuer Fall wird in der vorliegenden Abhandlung publicirt. Ein Kind erkrankt mit Gelenkschmerzen und schweren Allgemeinerscheinungen; nach einigen Tagen entwickelt sich rasch eine Paraplegia inferior. Die Section ergiebt

multiple Hämorrhagien, die Medalla ist besonders im dorsalen und lumbalen Theil erweicht and congestionirt; in einer Anzahl von Gefässen, die dilatirt und deren Wandungen homogen sind; findet man einen Streptococcus, der auch in anderen Organen des Körpers sich findet und beim Kaninchen und der Maus eine hämorrhagische Septicämie producirt. Aehnliche Fälle konnten die Verfssser bei einer Anzahl von Pferden beobachten. Der Nachweis der Infectionserreger in der Medulla ist nicht immer leicht, weil sie nach einiger Zeit wieder aus ihr verschwinden. Ihre Wirkungsweise ist eine verschiedene: bald localisiren sie sich, ohne die Gefässe und andere Elemente zu alteriren, direct in den Nervenzellen (Lepra), bald um diese herum unter Hervorrufung einer pericellulären Zellwucherung (Rabies); in sehr vielen Fällen dagegen sind die ersten und schwersten Veränderungen diejenigen in den Gefässen. Hauptsächlich ist das auch bei den syphilitischen Myelitiden der Fall (drei eigene Beobachtungen werden mitgetheilt), in denen bei wechselnder Betheiligung der nervösen Substanz die schweren Gefässveränderungen ein gemeinsames Kennzeichen bilden. Die genaueren Mittheilungen über die feineren histologischen Details bei der Myelitis infectiosa entziehen sich einer referirenden Wiedergabe.

Cassirer-Berlin.

41) O. Medin: Ueber Kinderlähmung, besonders ihr acutes Stadium. (Om den infantile paralysien, med särskild bäusyn till dess akuta stadium.)
(Nord. medic. Arkiv 1896, Nr. 1.)

Der Verfasser hat die Gelegenheit gehabt, in Stockholm zwei Epidemien von infantiler Paralyse in den Jahren 1887 und 1895 zu observiren. Ueber die erste von diesen Epidemien hat er bei dem internationalen Congress zu Berlin im Jahre 1890 Bericht erstattet. Sie erstreckte sich im Ganzen auf 43 Fälle, die Epidemie von 1895 auf 21 Fälle. In den Jahren 1888—94 kamen sporadische Fälle vor, im Ganzen 49, welche ziemlich gleichmässig vertheilt waren. Während in der ersten Epidemie zwei Fälle mit dem Tode endigten, kamen solche in der letzten nicht vor. Eine besondere Ursache der Epidemien lässt sich nicht nachweisen und die Aetiologie der Krankheit ist völlig dunkel. Nur hält der Verfasser es für unzweifelhaft, dass es sich um eine acute Infectionskrankheit handelt.

Ausser den gewöhnlichen typischen Fällen von spinaler infantiler Paralyse hat der Verfasser mehrere Fälle wahrgenommen, wo die Krankbeit mehr das Bild einer Polynemitis darbot, ebenso Fälle von spastischer Hemiplegie und acuter Poliencephalitis, sowie einige mit ausgesprochener Ataxie. Sie gehören nach der Ueberzeugung des Verfassers alle derselben Krankheit an. Das nähere Verhältniss dieser Complicationen geht aus der nachstehenden Tabelle hervor:

ralysis	spinal.	lumbal. simpl
»	70	cervicalis
70	70	completa
77	20	lumbal. + n. abducent , 2
20		, + n. oculomotor 1 Fall
20	77	completa + n. facialis
7	77	, + n. facialis + n. orulemotor 1 ,
20	20	lumbalis + n. facialis + polyneuritis . Digitized by Gog

Paralysia spinal. completa $+$ n. vagi $+$ polynearitis				1 Fall			
" + paralysis bulbi completa (Tod)							
Monoplegia facialis				3 🚜			
Polyneuritis acuta simplex	•			1 Fall			
" cum ataxia				3 Fälle			
" " + paralysis facialis				1 Fall			
" " paralysis n. abducent. u.							
Poliencephalitis acuta		_					
, + paralysis n. abducent			. ,	2,			
" + polyneuritis + paralysis n. facialis, hypogl.							
und accessor	•			1 Fall			
	Im	Ga	nzen	64 Falle			

In den tödlich verlaufenden Fällen wurde Degeneration der motorischen Zellen der Hirnnervenkerne in der Medulla oblongata nachgewiesen. Aus Allem geht zur Evidenz hervor, dass die infantile Paralyse keineswegs ausschliesslich eine spinale Ausbreitung hat.

Die Krankengeschichten werden im Auszug mitgetheilt. Die Abhandlung ist von 7 Phototypien begleitet.

Koch (Kopenhagen).

42) Babès et Manicatide: Recherches sur la syringomyelie.
(Archives des sciences médicales. I, H. 3, 1896, Paris)

Verfasser berichten über einen klinisch nur wenig beobachteten, aber anatomisch genau untersuchten Fall. Bei einem syphilitischen Manne entwickelte sich ziemlich rasch ein Krankheitsbild, das im Wesentlichen die Züge der Tabes dorsalis darbot; der Tod erfolgte nach einigen Monaten trotz antisyphilitischer Behandlung. Die Section wies im Rückenmark das Bestehen eines Tumors auf, der seine grösste Ausdehnung in der Höhe des V. Dorsalsegments hatte, von da aus nach unten abnehmend in der Höhe des VIII. resp. II. Dorsalsegments in eine Höhle überging, die ihrerseits oben bis zum distalen Ende des IV. Ventrikels, unten bis zum Sacralmark reichte. Der Tumor geht theilweise auch auf die hinteren dorsalen Wurzeln über und führt auch da zu Höhlenbildung. Er ist eingeschlossen von einer lamellären Capsel und besteht aus zahlreichen zum Theil thrombosirten Gefässen und hyalin verdickter Wandung; daneben findet sich eine hyaline Exsudatmasse, runde Zellen und zahlreiche mit Epithel besetzte Balken und Spalten; das Epithel lässt sich von dem Ependym des Centralkanals ab-Die Degeneration des nervösen Gewebes betrifft hauptsächlich die Hinterstränge, namentlich die Goll'schen. Dass die Höhlenbildung nicht durch Hydromyelie bedingt wird, beweist ihr Vorkommen ober- und unterhalb des Tumors, ebenso darf man auch nicht einen einfachen Zerfall des Tumors dafür verantwortlich machen; Verfasser meinen in der erwähnten Exsudation den Hauptgrund für das Zustandekommen der Höhlen in dem durch die Proliferation des Ependyms und die Gefässerkrankung veränderten Gewebe suchen zu müssen.

Die Morvan'sche Krankheit ist nicht immer identisch mit der Syringomyelie; beide Krankheiten haben für gewöhnlich sicher nichts mit der Lepra zu thun; die Lepra führt nur ausnahmsweise zu Höhlenbildungen, andrerseits fehlte in den Fällen von Syringomyelie, die die Verfasser unter-

suchten, stets der Leprabacillus, während sie in 6 Fällen von Lepra ihn stets fanden.

Cassirer (Berlin.

42) Schlesinger: Ueber centrale Tuberculose des Rückenmarks.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, p. 898 ff.)

Bei einem vorher in Bezug auf sein Nervensystem vollkommen gesuuden 42 Jahre alten Manne treten plötzlich starkes Schwindelgefühl, Schluckund Schlingbeschwerden ein. Diese Beschwerden gehen zuerst zurück und treten gegen Ende wieder stärker hervor. "Die Obduction ergiebt im Bereiche der unteren Abschnitte der Medulla oblongata eine leichte Lockerung des Gefüges (Oedem?); die genaue histologische Untersuchung erweist die Integrität der Kerne des Bulbus und der austretenden Nerven. Nur in den untersten Abschnitten besteht in der Gegend des Centralkanals eine stärkere Hyperämie. In der Höhe des II. Cervicalnerven ein das Rückenmark fast ganz einnehmender Tuberkel."

Der Fall lehrt, dass auch beim Sitze des Leidens in den obersten Theilen des Halsmarks wahrscheinlich durch Circulationsstörungen eine acute Lähmung der Bulbärnerven bedingt werden kann. Auch die sensible Sphäre verhielt sich eigenartig: Es bestand Schädigung des Muskelsinns, streckenweise vollständiges Erloschensein des Temperatursinns, ausstrahlende Schmerzen auf Arme, Hinterhaupt und Gesicht, während Berührungsempfindung und Schmerzsinn intact waren. Ausserdem bestand atrophische Lähmung des rechten Arms, stärkere des linken. Sehnenreflexe an den Beinen waren gesteigert.

Das klinische Bild kann je nach dem Sitze der Tuberkel verschieden sein.

Betreffs der genaueren histologischen Details, sowie auf die Besprechung der secundaren Degenerationen verweise ich auf das Original.

Dauber - Würzburg.

44) P. Marie: Déformations thoraciques dans quelques affections médicales.

(Aus Leçons de clinique médicale. Paris 1896)

Verfasser unterscheidet zwei Arten von Missbildungen am Thorax, congenitale und erworbene, und unter den ersteren wieder solche, die sofort bei der Geburt in Erscheinung treten und andere, die sich erst später in der Pubertät entwickeln. Zu der ersteren Categorie gehört vor Allem die Trichterbrust (und die dieser ähnliche Rinnenbrust Thorax en gouttière). Beide kommen häufig vergesellschaftet mit anderen congenitalen Missbildungen vor und betreffen psychisch abnorme Individuen, Imbecille, Epileptiker, Idioten, dégénérés psychiques. Bisweilen lässt sich auch directe Vererbung der Missbildung nachweisen, die demnach zu den physischen Stigmaten zu rechnen ist; ähnlicher angeborener Thoraxmissbildungen giebt es noch eine weitere Anzahl, besonders im Zusammenhang mit Herzmissbildungen stehend. Zu der zweiten Categorie (déformations thoraciques congénitales tardives) gehören manche Skoliosen und vor Allem die Abflachung des Thorax bei den verschiedenen Myopathien; diese complicirt sich bisweilen noch mit Skoliose und Asymetrie des Brustkorbes. In einer weiteren Reihe von Myopathien findet sich eine Missbildung, die M. als Wespenwuchs (taille de guêpe) bezeichnet; der Thorax ist im unteren

Theile ebenso breit wie im oberen, setzt dann aber plötzlich in den Hypochondrien mit einer starken Depression ab. Erwähnt werden noch die Missbildungen bei der Friedreich'schen Krankheit und der Syringomyelie. Unter den erworberen Deformitäten sind die bei Akromegalie beobachteten interessant, sie bestehen in einem doppelten Buckel, der vordere entstehend durch eine Vortreibung in dem unteren Theil des knöchernen Brustkorbes, der hintere in einer Kyphosis cervicodorsalis.

Cassirer-Berlin.

45) A. Storbeck: Zur Richtigstellung und Abwehr in der Tabes-Syphilis-Frage.

(Berlin, klin, Wochenschr, 1896, Nr. 28.) S. sucht die Kritik, die Erb an seine Tabes-Statistik gelegt hat, zu entkräften. Erb habe durch ein besonders von ihm construirtes Dogma Frauen als durchaus ungeeignet zur allgemeinen Tabes-Statistik aus seinem Material ausgesondert, während er (S.) im Gegentheil ein an Geschlecht, Alter, Stand und Heimath gemischtes Material für ungleich werthvoller halte als ein völlig einseitiges, wie es E. benutze. Auch bei syphilitischen Frauen und Männern der niederen Stände können namentlich längerer Krankenhausbeobachtung eiue frühere Infection mit derselben möglichen Sicherheit festgestellt werden als bei männlichen Tabikern der höheren Stände. Ferner halte er es gerade für ein wissenschaftliches Erforderniss, was E. ruge, die zweifelhaften Fälle auszuschliessen, während E. dieselben für seine Statistik verwerthe. Eine Möglichkeit, welche nicht mit aller Sicherheit ausgeschlossen werden kann, könne in der Wissenschaft nie ein Beweis sein. St bedenkt aber nicht, dass er die zweifelhaften Fälle nicht ganz aus der Berechnung ausschliesst, sondern einfach zu den Nichtinficirten rechnet, was zum Mindesten denselben Fehler bedeutet, während Erb auch ohne die zweifelhaften Fälle 61,5% Fälle mit sicherer secundarer Syphilis bekommt. Hoppe.

46) Zilgien: Tremblement professionnel d'origine mécanique.
(Revne de médecine de l'Est 1896. Sept. 15.)

29jähriger Mann ohne hereditäre Antecedentien war an einer Maschine beschäftigt, deren Rad 1200 Umdrehungen in der Minute machte und nicht nur diese selbst, sondern auch die ganze Umgebung in eine heftige Vibration versetzte. 3 Monate hat derselbe die Maschine bedient, als er ein Zittern verspürte, das progressiv zunahm und bald den Schlaf beeinträchtigte. Es waren Zuckungen, die sich in der Secunde ungefähr 7 mal in den Gesichtsmuskeln — der Kopf blieb frei - und in den 4 Extremitäten vollzogen, in der Ruhe aufhörten und durch spontane Bewegungen sich wenig beeinflussen liessen. — Anzeichen für Hysterie bestanden nicht; nervöse Anlage oder toxischer Einfluss waren ebenfalls auszuschliessen. — Alle Arbeiter, die an der betreffenden Maschine angestellt waren, zeigten die gleiche Erscheinung (Grad des Zitterns bei ihnen verschieden). Unter dem Einfluss von Ruhe und Bromkali (1 gr pro die) trat rapide Wiederherstellung ein.

Es handelte sich im vorstehenden Falle um ein Zittern rein mechanischen Ursprungs.

Buschan.

B. Nertenheilkunde.

1. Symptomatologie und Diagnostik.

47) Alois Epstein: Ueber kataleptische Erscheinungen bei rhachitischen Kindern.

(Prager med. Wochenschr. 1896, Bd. XXI, Nr. 43 u. 44.)

Verfasser hat an jungen Kindern ein neues Krankheitssymptom beobachtet, das bisher den Beobachtern entgangen zu sein scheint, nämlich kataleptische Erscheinungen, wie wir sie von verschiedenen Neurosen und Psychosen her kennen.

"Erhebt man eine untere Extremität des in seinem Bettchen liegenden wachen Kindes und zieht sofort die Hand ab, so bleibt die Extremität durch kurzere Zeit unbewegt in jener Höhe, bis zu welcher man sie erhoben hat. Ganz allmählich und oft unmerklich senkt sie sich dann ihrer Schwere folgend wieder herab. Manchmal dauerte es nur 1-2 Minuten. manchmal aber bis 15 und 20 Minuten und einmal sogar 45 Minuten, bis sie die Unterlage erreicht hatte. Aendert man die Axe der erhobenen Extremität durch passive Bewegungen in den Gelenken in verschiedener Weise, so wird die jeweilige Stellung wieder beibehalten. So können manchmal die bizarrsten Haltungen erzeugt und verändert werden." Das geschilderte Krankheitsbild ist also kaum mit den schon bekannten tetanoiden Muskelcontracturen der Sänglinge zu verwechseln. Eine tonische Starre oder selbst eine auffälligere Spangung der befalleuen Muskulatur ist an der kataleptisch gewordenen Extremität nicht zu beobachten. Die Muskulatur fühlt sich allenthalben weich, elastisch an und besitzt offenbar nur jenen normalen Tonus, der für die betreffende Stellung gerade nothwendig ist. Während des tiefen Schlafes lässt sich das Phänomen nicht hervorrufen. Auffällig ist, dass (an einem Fall beobachtet) die durch Faradisation erzeugten Stellungsänderungen nach Aufhören des electrischen Reizes beibehalten werden, weil Rosenthal angiebt, dass bei der eigentlichen Katalepsie die auf solche Weise hervorgerufenen Stellungen nach Aufhören der Faradisation sogleich wieder verschwinden. Facialis- oder Trousseausches Phänomen war nicht vorhanden; die Reflexerregbarkeit auf sensible Reize schien herabgesetzt zu sein. Die electrische Untersuchung, die nur in einem Falle anzustellen möglich war, ergab an der Oberextremität ein ziemlich normales Verhalten; an der Unterextremität hinderten die sofort sich einstellenden Contracturen die Untersuchung.

Verfasser führt 8 Krankengeschichten als Belege an. Es handelt sich in denselben um 18 monatliche bis 3¹|2jährige Kinder (2 Knaben, 6 Mädchen), die im Wachsthum stark zurückgeblieben waren, sich in einem sehr schlechten Ernährungszustande befanden und sämmtliche Anzeichen hochgradiger und florider Rhachitis darboten. Trotz des Alters war bei keinem derselben ein Sichfortbewegen auf den Füssen möglich, bei Allen zeigten die Unterextremitäten neben den rhachitischen Knochenveränderungen die Erscheinungen grosser Muskelschwäche und Abmagerung. Sämmtliche Kinder boten ferner eine gewisse geistige Zurückgebliebenheit und eine Art psychischer Depression dar, waren jedoch keineswegs idiotisch; sie sprechen entweder gar nichts oder nur wenige Worte. Simulation oder Imitation,

Psychose, Hysterie, Wahnvorstellung und suggestive Beeinflussung schliesst Verfasser als ursächliches Moment der geschilderten Krankheitserscheinungen aus. Ob die Rhachitis hiefür verantwortlich zu machen ist, will er nicht entscheiden. Sicher ist, dass das Phänomen bei gesunden Kindern nicht vorkommt. Es kann sich also nicht um eine einem bestimmten Stadium physiologischer Entwicklung eigenthümliche, sondern muss sich um eine pathologische Erscheinung, um eine Anomalie der psychomotorischen Functionen handeln. "Wohl aber ist möglich, dass jenes Alter, in welchem der Intellect, der Wille und die willkürlichen Bewegungen in gegenseitiger Wechselwirkung und Abhängigkeit sich entfalten und ausbilden, eine prädisponirende Ursache bildet für die Entstehung dieser wie auch anderer Bewegungsstörungen."

48) Julius Zappot (Wien): Die nervösen Erscheinungen der Rachitis.

(Wiener klinische Wochenschrift 1897, 1.)

Aus einem vorzüglichen zusammenfassenden Referate über die in der neuesten Zeit erschienenen Arbeiten über Rachitis entnehmen wir den folgenden Abschnitt über die nervösen Erscheinungen bei derselben:

Zu den nervösen Symptomen der Rachitis rechnet Kassowitz (Beiträge. 1873) folgende Erscheivungen: a) Schlaflosigkeit, Kopfschweisse, Zusammenschrecken bei Gesichts- und Gehörseindrücken; b) Facialisphänomen; c) exspiratorische Apnoe und Glottiskrampf; d) allgemeine Convulsionen; e) Hyperidrosisuniversalis; f) Trousse au'sches Phänomen; g) spontane Tetanieanfälle; h) Nystagmus und Spasmus nutans. Die Reihenfolge dieser Symptome entspricht ihrer Häufigkeit. Szegö gelangt zu einer ähnlichen Auffassung der nervösen Rachitissymptome. Hingegen vertritt Com bi den Standpunkt, dass die rachitische Knochenerkrankung nicht die Erklärung für die nervösen Symptome abgeben könne und dass die Convulsionen bei Rachitikern mit einer vom Darmkanal ausgehenden Verdauungsstörung in Beziehung zu bringen seien.

Die Frage der Zusammengehörigkeit zur Rachitis hat namentlich bei zweien der oben erwähnten nervösen Krankheitserscheinungen, beim Laryngospasmus und der Tetanie in der letzten Zeit eine grosse Anzahl von Arbeiten veranlasst.

Im Jahre 1890 veröffentlichte Gay einen Artikel, in welchem er darauf hinwies, dass Laryngospasmus und Tetanie sich häufig bei Kindern vorfänden und dass beide in einem gewissen Zusammenhang zur Rachitis stünden. Hingegen gelangte bereits Ganghofner in einer bald nachher erschienenen Arbeit zu anderen Resultaten. Wohl weist auch er auf die Häufigkeit der Rachitis bei seinen Tetaniekindern bin, doch sieht er darin kein ausschliesslich ätiologisches Moment, sondern meint, dass toxische oder infectiöse Ursachen die Tetanie bedingen. Das gehäufte Auftreten der kindlichen Tetanie im Jahre 1890 war nicht nur in Prag, sondern auch in Graz aufgefallen und veranlasste Escherich zu einer diesbezuglichen Mittheilung am Berliner Congress 1890. Dieser Autor untersuchte 16 Fälle von Tetanie und kam zu dem Resultate, dass Laryngospasmus eine Theilerscheinung einer im Kindesalter selbstständig auftretenden Tetanie sei,

welche meist keine Beziehung zur Rachitis erkennen lasse und auf Phosphor nicht reagire. Escherich's damaliger Assistent, Loos, arbeitete dieses Thema weiter aus und veröffentliehte im Jahre 1892, nachdem er bereits in einer Versammlung der steirischen Aerzte seiner Ansicht Ausdruck gegeben hatte, ausführliche Untersuchungen über diesen Gegenstand. Loos stellte darin die entschiedene Behauptung auf, dass jeder Laryngospasmus im Kindesalter nur als ein Symptom von Tetanie aufzufassen sei, die sich stets durch Uebererregbarkeit anderer Nervengruppen nachweisen lasse. Ob Stimmritzenkrampf auch ohne Tetanie auftreten könne, sei zweifelhaft, jedenfalls stehe derselbe in keinem causalen Zusammenhang mit Rachitis.

Mit dieser Ansicht stellte sich Loos in zweifacher Beziehung zu den bisherigen, durch Kassowitz vertretenen Anschauungen in Opposition. 1. durch das Leugnen eines selbstständig vorkommenden Laryngospasmus; 2. durch das Negiren der bis dahin angenommenen Beziehung zwischen Glottiskrampf und Rachitis. Thatsächlich fand auch die von Escherich vertretene Meinung bereits auf dem Berliner Congresse getheilte Aufnahme und Kassowitz versäumte nicht, den Loos'schen Schlüssen in lebhafter Weise entgegenzutreten. Auf Grund seines grossen Rachitismateriales stellt er es als eine unumstössliche Thatsache hin, dass der Stimmritzenkrampf fast ausschliesslich rachitische Kinder befalle, namentlich solche, die an Schädelrachitis leiden. Tetaniesymptome fänden sich wohl manchmal bei solchen Kindern, doch seien sie keineswegs ein steter Begleiter des Glottis-Abgesehen von dem zeitlichen Zusammenfallen der jährlichen Rachitis- und Laryngospasmuscurve spreche für diese Verwandtschaft auch der prompte Effect der antirachitischen Phosphortherapie bei Laryngo-Kassowitz sucht auch eine theoretische Stütze für seine Behauptungen und findet dieselbe in Thierexperimenten, durch welche bei Reizung gewisser Hirnpartien Krampf der Stimmbänder erzeugt werde; die Hyperämie der rachitischen Schädelknochen sei als ein solcher anzusehen. Zu ähnlichen Resultaten gelangt ein Schüler von Kassowitz, Boral, der mit einer interessanten Casuistik das Vorkommen einer exspiratorischen Apnoe bei Rachitikern beleuchtet.

Die Antwort auf diese Entgegnung blieb die Grazer Schule nicht Wenn auch Loos auf die heftigen Angriffe von Kassowitz nicht reagirte, so nahm doch Escherich das Thema wieder auf und brachte anlässlich einer Rachitisdebatte beim römischen medicinischen Congress diese Streitfrage wieder zur Sprache. Er wies darauf hin, dass man bei Kindern mit Glottiskrampf fast immer auch andere für Tetanie characteristische Nebenerscheinungen finde, denen rachitische Kinder besonders leicht unterworfen seien. Espine erkennt diese Nebenübererregbarkeit bei Rachitikern wohl an, warnt aber, zu weit zu gehen und eine Ueberreizbarkeit der Nerven für Tetanie zu halten. Auch Baginsky hält Laryngospasmus und Tetanie für unabhängige Erscheinungen; beide Krankheiten fanden sich wohl gelegentlich bei demselben Individuum, aber sie seien nicht aneinander gebunden. Glottiskrampf sei häufig bei rachitischen Kindern, komme aber auch bei Hydrocephalen und bei gesunden Kindern vor. Fede spricht sich in ähnlichem Sinne aus. Violi verwahrt sich Digitized by GOOGLE Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Februar-Heft 1897.

wohl auch gegen die ausgedehnte Auffassung der Tetanie, hält aber die Rachitis nicht immer für die Ursache des Laryngospasmus.

Escherich's Standpunkt fand also bei dieser reich besuchten Versammlung getheilte Aufnahme und mehr Widerspruch als Zustimmung.

Diese Discussion gab auch noch weiteren Autoren Gelegenheit zur

Stellungnahme in der Tetaniefrage.

Comby giebt in seinem Referat über den römischen Congress den Zweifeln an Escherich's Tetanieauffassung Ausdruck und meint, dass man in Oesterreich rascher mit der Tetaniediagnose bei der Hand sei, als in Frankreich und Italien. Escherich wiederholte seine Ausicht in einer italienischen Zeitschrift, während Kassowitz in französischer und italienischer Sprache seine bekannten Auschauungen zum Ausdruck brachte.

Durch den Gegensatz von Escherich's und Kassowitz's Laryngospasmus- urn Tetanieauffassung war der pädriatischen Welt ein interessantes Arbeitsthema geboten worden, welches von verschiedenen Seiten lebhaft aufgegriffen wurde.

Burckhardt sah bei einem 2jährigen Kinde ohne Bachitis Tetanie, welche er auf einen vorhandenen Gastrokatarrh zurückzuführen geneigt ist.

Kalischer untersuchte das Neumann'sche poliklinische Kindermaterial auf Tetanie und konnte im Laufe von 4 Jahren nur 7 Fälle dieser Krankheit auffinden, denen sich sonderbarerweise innerhalb 3½ Monaten des abgelaufenen Jahres 5 neue Fälle zugesellten. Die Mehrzahl dieser Kinder war rachitisch. Jedenfalls aber liefern, "wenn überhaupt, nicht gerade die Fälle mit schwerster Rachitis und Craniotabes das Hauptcontingent zur Tetanie und tetanoiden Zuständen". Laryngospasmus gehört zweifellos zu dem Symptomenbilde der Tetanie und Rachitis, oder wird wenigstens durch gleiche Ursachen veranlasst, doch giebt es auch Fälle von Stimmritzenkrampf ohne Tetaniesymptome.

Seeligmüller jun. widmet der Tetanie im Kindesalter seine Dissertationsarbeit. Nebst ausführlicher Litteraturübersicht enthält dieselbe die Daten über 31 neue Tetaniefälle. Die Mehrzal derselben waren rachitisch, Doch verwahrt sich der Autor dagegen, die "Bachitis zum specifischen Erreger der Tetanie zu stempeln", sondern will ihr nur einen gewissen prädisponirenden Einfluss einräumen. Für Seeligmüller scheint in der Heredität und nervösen Disposition ein in der ganzen Frage zu wenig berücksichtigtes Moment zu liegen.

Eine Darstellung der Tetanie in Amerika lieferte J. G. Crozer Griffith. Aus dieser Besprechung seien hier nur die Zahlen, welche sich auf kindliche Tetanie beziehen, hervorgehoben; unter 72 Fällen aus der Litteratur waren 25 Kinder unter 2 Jahren, nur 5 mal war Rachitis als ätiologischer Factor angeführt.

Einer dankenswerthen Aufgabe unterzog sich Hauser in Berlin. Er untersuchte eine grössere Reihe kleiner Kinder auf die electrische Erregbarkeit ihres Nervensystems und konnte dadurch Vergleichswerthe für die Verhältnisse bei Tetanie fiuden. Seine sämmtlichen 23 Fälle von Tetanie zeigten eine Erhöhung der galvanischen Nervenerregbarkeit. Alle diese Fälle waren auch rachitisch und Hauser versteht nicht, wiese dieser Zusammenhang von Loos einfach geleugnet werden konnte. Allerdings hält

auch er Störungen in der Magen-Darmtbätigkeit für das die Tetanie bei Rachitikern auslösende Moment. Glottiskrampf hat in der überwiegenden Anzahl der Fälle mit Tetanie nichts zu thun.

Im Berliner Verein für innere Medicin hielt Cassel im April v. J. einen Vortrag über Tetanie und Rachitis. Auch dieser Autor trennt Laryngospasmus und Tetanie und weist auf deren Beziehung zur Rachitis hin. In der Discussion giebt Heubner seiner Meinung Ausdruck, dass Tetanie und Glottiskrampf keine identischen Begriffe seien.

Nicht ohne Interesse ist auch ein casuistischer Beitrag, den Bonome nud Cerves ato für die idiopathische Tetanie liefern. Zwei Kinder im Alter von 1 und 18 4 Jahren, von denen nur eines leichte Rachitiserscheinungen aufweist, erkranken mit tetanischen Krämpfen der Arme, Laryngospasmus, faradischer Nervenübererregbarkeit. Sie sterben unter starker Fiebersteigerung und weisen hei der Autopsie hochgradige Rückenmarksveränderungen auf, die von den Autoren als poliomyelitisch aufgefasst werden. Diese Fälle von organisch bedingter Tetanie sind nicht völlig vereinzelt. Auch Katz hatte in der Discussion zu Hauser's Vortrag auf das Vorkommen derselben aufmerksam gemacht.

Eine ausführliche Arbeit über Tetanie im Kindesalter lieserte Oddo, der sich im Anschluss an Comby als Gegner der Rachitistheorie ausspricht. Die Rachitis stelle wohl ein Terrain dar, auf welchem sich die Tetanie gerne entwickelt, und man müsse zugeben, dass viele Tetaniekranke alte Rachitiker seien. Doch sei die Rachitis nicht die Ursache der Tetanie, sondern es seien beide Folgen anderweitiger Störungen, als welche Oddo gastrointestinale Ursachen annehmen möchte. Laryngospasmus, der in Frankreich recht selten zur Beobachtung komme, finde sich auch bei nicht rachitischen Kindern vor.

Oddo's Untersuchungen werden in einer neuesten französischen Arbeit von Romme einer Kritik unterzogen. Auch dieser Autor kommt zu dem Resultate, dass das statistische Zusammentreffen der Tetanie und Rachitis keineswegs für eine ätiologische Beziehung beider Zustände zu verwerthen sei. Er acceptirt aber auch nicht die gastrointestinale Theorie Oddo's, sondern meint, ohne eine bestimmte Hypothese auszusprechen, dass möglicher Weise verschiedenartige erschöpfende Ursachen auf das Centralnervensystem einwirken mussten, um dasselbe einem eventuell specifischen Tetanie-Virus zugänglich zu machen.

Es ist klar, dass auch die Arbeiten der letzten Zeit, welche sich mit Bachitis überhaupt beschäftigen, zu der vorliegenden Frage Stellung nehmen mussten. Vierordt verschweigt allerdings in seiner Bachitismonographie die ganze Tetanieangelegenheit und führt nicht einmal die diesbezügliche Litteratur an. Hingegen widmet M. Cohn den nervösen Bachitiserscheinungen seine Aufmerksamkeit und beschäftigt sich namentlich mit den oben angeführten Kassowitz'schen Ansichten über diesen Gegenstand. Cohn sieht die erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems bei Bachitikern schon darin begründet, dass das Centralnervensystem nebst dem Knochengerüste zur Zeit des Auftretens der Bachitis im lebhaftesten Entwicklungsstadium sich befinde und daher durch jede Allgemeinerkrankung stark in Mitleidenschaft gezogen werden müsse. Mit Entschiedenheit weist

Digitized by GOOGLE

der Autor den Versuch von Loos, den Glottiskrampf von der Rachitis zu trennen, als einen "missglückten" zurück; ebenso energisch tritt er aber auch gegen die Kassowitz'sche Hypothese auf, dass die durch Schädelbyperämie bedingte Reizung gewisser Hirppartien zum Stimmritzenkrampf führe, da sich für eine Congruenz der Schädelrachitis und des Glottiskrampfes kein Beweis erbringen lasse. Auch der von Kassowitz als Argument angeführte prompte Phosphoreffect spreche mehr gegen als für seine Ansicht, da ja die rasche Coupirung der Anfälle durch dieses Medicament im Missverhältnisse zu der langsamen Consolidirung der Knochen stehe und eher für eine Nervenwirkung des Mittels spreche. M. Cohn kommt schliesslich zu dem Resultate, dass Laryngospasmus und Schädelerkrankung nicht als von einander abhängig, sondern als gleichwerthige Symptome im Krankheitsbilde der Rachitis gedacht werden müssten.

In kürzerer Auseinandersetzung kommt auch Sterling zu wesentlich denselben Resultaten.

Aber auch ein Autor, der ferne von diesem Kampfe seine Erfahrungen auf neurologischem Gebiete gesammelt, der New-Yorker Nervenarzt Sachs, bringt in seinem jüngst erschienenen Lehrbuch der kindlichen Nervenkrankheiten seinen Standpunkt in ähnlicher Weise zur Geltung. Auch er hält die Meinung von Loos, der Stimmritzenkrampf und Rachitis trennen wollte, für widerlegt, aber er schliesst sich gleichfalls der Kassowitzschen Localisationstheorie nicht an und meint, dass wohl eine Hyperämie des Gehirns, nicht aber ein Blutreichthum entfernter Knochenpartien die Glottiskrampf bedingen könne. Die Verwandtschaft zwischen Rachitis und Laryngospasmus bestünde darin, "dass beide fast sicher einem einheitlichen Krankheitsprocesse, welcher sich an den Knochen als "Rachitis" äussert, das Entstehen verdanken".

Durch die Fülle der diesbezüglichen Arbeiten und durch den Eifer, mit dem einzelne Autoren ihre Meinung vertraten, war die Tetaniefrage in den Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses gestellt worden, und es war daher ein guter Gedanke, dieseibe bei der diesjährigen Naturforscherversammlung auf das Programm der pädiatrischen Section zu setzen. Das Referat wurde Loos, als dem entschiedensten Verfechter der antirachitischen Theorie, übergeben, das Correferat erhielt R. Fischlaus Prag, den man aus seinen früheren Arbeiten als einen bedingten Anhänger der Kassowitz'schen Schule anzusehen berechtigt war.

Loos brachte bei dieser Versammlung seine bereits bekannte Anschauung wieder zum Ausdruck. 146 Fälle von Glottiskrampf zeigten mit wenigen Ausnahmen sämmtlich Tetaniesymptome. Die meisten der Kinder waren rachitisch; trotzdem glaube er nicht an einen ursächlichen Zusammenhang der Bachitis mit Spasmus glottidis und Tetanie. Der Stimmritzenkrampf sei vielmehr als wichtiges Symptom einer vorhandenen selbstständigen Tetanie anzusehen.

Fischl hält das Vorkommen eines Laryngospasmus ohne Tetanie für sichergestellt. An einen bindenden Zusammenhang zwischen Glottiskrampf, Tetanie und Rachitis glaube er gleichfalls nicht. Er meine vielmehr, dass man in beiden Nervenerscheinungen Reizsymptome des kindlichen

Centralnervensystems zu erblicken habe, deren Ursache möglicher Weise in toxischem Einflusse auf Grund von Magendarmstörungen zu suchen sei.

An die Ausführungen der beiden Referenten schloss sich eine lebhafte Debatte an. Lange berichtet über Leipziger Verhältnisse, woselbst Tetanie sehr selten, Laryngospasmus häufiger zur Beobachtung gelange. Ein directer Zusammenhang zwischen Craniotabes und Glottiskrampf scheine nicht zu bestehen. Rosen berg hat tetanische Erscheinungen im Anfangsstadium von Infectionskrankheiten beobachtet; Abraham sieht einen Widerspruch zwischen einer intestinalen Ursache der Tetanie und deren Seltenheit zur Zeit der Sommerdiarrhöen, was Biedert dadurch zu entkräften sucht, dass namentlich chronische Digestionsstörungen die Resorption von Giftstoffen bedingen, welche bei den acuten Darmkrankheiten der beissen Jahreszeit rasch eliminirt werden. v. Ranke meint, dass locale Einflüsse eine Rolle in dem Entstehen des Laryngospasmus spielen, welchen auch er häufig ohne Tetaniesymptome zu sehen bekomme. Sonnenburger weist auf das Vorkommen des Stimmritzenkrampfes auf dem flachen Lande hin und sieht in dem Phosphorerfolg bei nicht rachitischen Kindern eine Stütze für die Annahme einer nervösen Affection. v, Koszutski macht schlechte Luft. verhältnisse für Rachitis und Laryngospasmus verantwortlich. Die Beziehung zwischen Glottiskrampf und englischer Krankheit vertheidigen M. Cohn und H. Neumann, allerdings nur in dem Sinne, dass beide Zustände als Folgeerscheinung derselben, auf das Nervensystem und den Knochen wirkender Ursache anzusehen seien. Auch Escherich verhält sich in dieser Frage etwas entgegenkommender; er wolle einen Zusammenhang mit Rachitis nicht völlig ausschliessen, könne sich aber auch nicht für die ursächliche Bedeutung von Digestionsstörungen aussprechen, ein neuer Gesichtspunkt sei möglicherweise in Beziehung mit Thymushypertrophie zu suchen. Dieser letztere Punkt wurde dann in der Discussion weitergeführt und entfernte dieselbe von der in dieser Besprechung namentlich berücksichtigten Beziehung zur Rachitis.

Escherich hat dieser Frage übrigens in letzter Zeit anlässlich des Falles Langerhans eine ausführliche Besprechung gewidmet und die Vermuthung aufgestellt, dass ein vielleicht durch eine Thymuserkrankung erzeugter Giftstoff bei Kindern mit lymphatischer Constitution zum Laryngospasmus führe. Auch Rehn hat in jüngster Zeit zu dieser Frage das Wort ergriffen und sich entschieden für eine gastrische Ursache des Stimmritzenkrampfes ausgesprochen, der fürderhin überhaupt nicht mehr in eine directe Beziehung zur Rachitis gebracht werden dürfe.

Die scheinbare Uebereinstimmung der beiden Referenten beim Frankfarter Congress fand also in der Discussion über diese Frage keine Ergänzung.

Wir können auch jetzt von einer Entscheidung in dieser Angelegenheit nicht sprechen, doch steht wohl so viel fest, dass Kassowitz mit seiner Trennung des Stimmritzenkrampfes von der Tetanie Recht behalten hat, und das Vorkommen eines isolirten Laryngospasmus an den meisten Beobachtungsorten anerkannt wurde. Auch das Zusammentreffen von Glottiskrampf und Tetanie mit Rachitis wurde Kassowitz von den meisten Autoren zugegeben; hingegen ist das causale Moment, welches Kassowitz

in dieser Beziehung zu legen bereit ist, von der Mehrzahl der Fachgelehrten in Zweifel gezogen oder abgelehnt worden.

Es erübrigt noch, über einige andere Nervenerscheinungen bei Rachitis zu sprechen. die von einzelnen Autoren in letzter Zeit bekannt gegeben wurden.

Epstein berichtete bei der Naturforscherversammlung in Frankfurt über kataleptiforme Erscheinungen bei rachitischen Kindern zwischen 18 Monaten bis zu 3½ Jahren. Erhebt man eine untere Extremität, so bleibt dieselbe durch längere Zeit in der gegebenen Höhe und sinkt erst nach geraumer Zeit, bei einem Fall erst nach 45 Minuten, wieder herab. Die Kinder zeigten sämmtlich floride Rachitis und geistige Zurückgebliebenheit. v. Ranke hat ähnliche Erscheinungen bei Kindern mit Gehirnaffectionen beobachtet.

Auf eine andere nicht gerade selten zur Beobachtung gelangende Erscheinung bei Rachitikern macht Comby aufmerksam. Es ist dies die auffallende Schlaffheit der Körpermuskulatur, die sich namentlich an den Beinen kundgiebt und die Comby als Pseudoparaplegie bezeichnet. Vierordt weist mit Recht auf die Bedeutung dieser Symptome hin, die oft das erschwerte Gehen bei Kindern erklären und hält es für zweifelhaft, ob blos die Knochenschmerzhaftigkeit als Ursache dafür anzusehen sei. Es besteht hierin eine Aehnlichkeit mit der syphilitischen Pseudoparalyse.

Wohl mit Unrecht hat Lichtenstein die Vermuthung ausgesprochen, dass Störungen in der Geschmacksempfindung bei Säuglingen mit dem rachitischen Krankheitsprocess in Beziehung ständen. Diese Untersuchungen wurden von Büssem in Bonn und H. Neumann in Berlin nachgeprüft. Beide Autoren konnten bei kleinen Kindern die erwähnte Alteration des Geschmackssinnes nicht selten constatiren; beide konnten aber auch eine directe Beziehung zur Rachitis nicht erkennen und H. Neumann hält es nicht für ausgeschlossen, dass vorangegangenen Krämpfen hiebei eine veranlassende Bedeutung zukomme.

Erlenmeyer.

49) Köster: Ein Fall von Tetanie mit eigenthumlichem Sectionsbefund. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 247 ff.)

K. fasst die Krankengeschichte folgendermassen zusammen:

Bei einem 21jährigen Manne, dessen Mutter und auch Schwester leicht Krampfanfälle bekamen, traten seit einem halben Jahre — Anfangs weuig schmerzhafte — Zusammenziehungen der Muskeln, schlimmer in der Kälte, weniger in der Wärme auf. Diese wurden nach und nach heftiger, mehr schmerzhaft und ein grosser Theil der Muskulatur wurde ergriffen, ohne irgend welche Symmetrie. Ergriffen waren die Augenmuskeln, die Muskeln der Arme, des Rumpfes, speciell des Bauches und der Beine und P. hatte ausserdem Schwierigkeiten beim Schlucken und litt an Retentio urinæ. Der Krampf war bald clonisch, bald mehr tonisch-clonisch, konnte aber vom Patienten überwunden werden. Die Muskeln waren empfindlich, nicht atrophisch oder paretisch. Ausserdem sogenannter Intentionskrampf in den Armen, die Handstellung beim Krampf die einer geschlossenen Faust. Ausserdem fanden sich ausgeprägt Trousseau's und Erb's Symptom.

Die mechanische Muskelerregbarkeit war hochgradig gesteigert; Chvostek's Symptom fehlt dagegen. Die Sensibilität war normal. Patellarreflexe könnten nicht hervorgerusen werden, dagegen waren die Periost- und übrigen Sehnenreflexe dentlich. Die Section zeigte eine primäre Schrumpfniere, begrenzte Blutungen, theils an der Vorderseite der Cauda equina, theils beiderseits um die Wurzeln der 3-5. Halsnerven herum, theils endlich Blutungen und Hyperamie in der Ischiadicusscheide und umgebendem Bindegewebe des rechten Beines; sonst nichts Abnormes. Microscopisch wurde nichts Abnormes entdeckt.

Obwohl nun die Blutungen sich bauptsächlich um die Nervenwurzeln fanden, welche die am meisten ergriffenen Theile innerviren, sieht Verfasser doch von einem ätiologischen Zusammenhange in dieser Beziehung ab, weil auch andere Muskelgruppen ergriffen warden (Augen- und Bauchmuskeln), deren entsprechende centrale Nerventheile intact waren, und weil die Blutungen jedenfalls nicht so alt waren wie die Krämpfe. Dagegen können die abweichenden Symptome dieses Falles, die clonischen Zuckungen und auch die allerdings wenig ansgeprägte Muskelrigidität ihre Erklärung darin finden.

Ebenso spricht die Hänfigkeit der Nephritis und die Seltenheit und Unsicherheit der Fälle, in denen sie durch Tetanie complicirt sein soll, gegen die Annahme der Schrumpfniere als ätiologischen Moments für die Tetanie. Möglicherweise kann im vorliegenden Falle eine Art Disposition vorhanden gewesen sein auf hereditärer Grundlage denn die Mutter und eine Schwester des Patienten litten an leichten Krampfanfallen, die bei Ersterer hauptsächlich bei Durchnässung und Kälteeinwirkung wie im vorliegenden Falle auftraten. Dauber-Würzburg.

50) Sarbó: Die Tetanie. Eine ätiologisch-pathologische Studie. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 8, p. 242 ff.)

Als Ursache der Tetanie betrachtet S nach seinen Studien in der Litteratur in vielen Fällen eine allgemeine Ernährungsstörung, welche theils darch verschiedene Gifte (chemische Gifte, Toxin nach Strumaexstirpation, Peptotoxin, Darmtoxin) hervorgerufen wird, theils mit körperlichen Zuständen, wie Gravidität, Sängen einhergeht, oder aber durch eine den ganzen Organismus betreffende Krankheit bedingt ist. Er hält die Tetanie für eine centrale Zellenerkrankung, welche heilen kann, wenn die einwirkende Noxe wegfällt, bestehen bleibt, wenn dieselbe constant ist, zum Beispiel bei Strumectomie. Dauber-Würzburg.

Hoffmann: Casuistische Mittheilungen aus der Heidelberger medicinischen Klinik (Prof. Erb).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 264 ff.)

51) Ein in ätiologischer wie symptomatologischer Hinsicht bemerkenswerther Fall von chronischer progressiver Paralyse.

In diesem Falle kommt möglicherweise chronische Bleiintoxication ätiologisch in Betracht. Dass eine sehr grosse Reizbarkeit des nervösen motorischen Apparates vorhanden war, wird wahrscheinlich durch das als Initialsymptom auftretende Zittern des Unterkiefers; den Unterkieferclonus, die Möglichkeit, durch die Kathode von der Wangen-Unterkieferhaut Schluckbewegungen auszulösen. Dass auch die Vorderhörner des Cervicalmarks ergriffen sind, erscheint wegen der fibrillären Zuckungen in den Muskeln der Arme möglich. Ob dies wegen der Steigerung der Sehnenreflexe auch für die cortico-spiuale motorische Bahn angenommen werden darf, ist nicht festzustellen, da Muskelspannungen fehlen und einfache Steigerung der Sehnenreflexe ohne Muskelspannungen und Fussclonus, sehr gespannter Puls ohne Herzhypertrophie und Albuminurie auch bei einfacher Bleikolik ohne Erkrankung des nervösen Apparates beobachtet sind.

52) Contralaterale electrische Reflexzuckungen in einem Falle linksseitiger (corticaler?) Facialislähmung.

Es ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, wo der Herd sitzt. Gegen den Sitz in der motorischen Zone der rechten Gehirnhälfte spricht das Mitergriffensein des Gesichtsfacialis, gegen eine Kernaffection oder eine Affection des Nerven an der Gehirnbasis das Ausbleiben der Entartungsreaction. Eine sichere Localisation ist unmöglich. Ebensowenig kann die merkwürdige contralaterale Zuckung bei electrischer Reizung des kranken Facialis, selbst bei der geringst erforderlichen Stromstärke befriedigend erklärt werden. Stromschleifenwirkung ist ausgeschlossen.

53) Zur Lehre von den Arbeitsparesen an den unteren Extremitäten.

Zwei weibliche und ein männlicher Feldarbeiter bekamen beim Rübenversetzen, wobei sie den gauzen Tag in kniehockender Stellung arbeiteten, nach wenigen Tagen eine unvollständige Parese der Unterschenkelmuskulatur, zuerst im stärker belasteten linken Bein, dann, als dieses geschont wurdetheilweise auch im rechten. Links ist in allen 3 Fällen der N. tibialis und peroneus befallen, rechts einmal der Tibialis, ein zweites Mal der Peroneus. Es handelt sich um Nervendrucklähmung in Folge der starken und dauernden Beugung des Knies.

54) Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit, complicirt durch Neuritis multiplex.

Ein typischer Fall von Myotonia congenita bei einem 35jährigen Manne, complicirt mit einer atrophischen Parese der Beuger an den Vorderarmen und den kleinen Handmuskeln. Dass die Entartungsreaction nicht von der Myotonie scheinbar vorgetäuscht war, dass es sich um wirkliche Entartungsreaction handelte, bewies der rasche Schwund der Erregbarkeit und die rapid erfolgte Abmagerung der gelähmten Muskeln.

Bezüglich der MyR konnte Verfasser die Beobachtung von Jolly bestätigen, wonach bei Schliessung des galvanischen Stroms jedesmal eine kurze blitzartige Zuckung der tonischen Dauercontraction als Wirkung der Dauerschliessung vorausging. Vielleicht ist der erstere Folge der Reizung der intramuskulären Nervenästchen, der letztere die Folge der Maskelreizung

Betreffs des Wesens der Myotonie, die Unabhängigkeit vom Nervenimpuls, weist Verfasser auf einen Fall von Amyelie mit normal entwickelter Muskulatur im 8. Fötalmonat hin. Demnach erfährt das Muskelsystem im Fötalleben eine selbstständige Anlage und Entwicklung, wenn es auch später in absolute Abhängigkeit vom Nervensystem geräth. Ist aber die

Muskelanlage eine abnorme, so reicht allem Anschein nach später der Einfluss des Nervensystems nicht aus, normale Zustände herbeizuführen und dauernd zu erhalten.

55) Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie.

Bei einem 18 Jahre alten Manne trat 3 Tage nach einer so gut wie totalen Schilddrüsenexstirpation Tetanie auf. Diese klang nach 3 Wochen bis auf geringe Reste (mässige Steigerung der mechanischen Erregbarkeit, der motorischen Nerven) ab. Nach 3 Monaten trat Myxödem hinzu und weitere 2 Monate später wurde myotonische Reaction (MyR) bemerkt. Das Verhalten der Muskeln war bei Willkürinnervation, bei mechanischen und electrischen Reizungen demjenigen bei der Thomsen'schen Krankheit in den meisten Punkten völlig gleich, jedoch trat die Lösung der Muskelcontraction zu Zeiten nicht völlig ein. Ein derartiges Zusammenfallen von Tetanie, Myxödem und Myotonie wurde noch nie beobachtet.

Da bei dem idiopathischen Myxödem eine Zunahme von Mucin in der Haut gefunden wurde und experimentell noch einmal Spuren im Muskel sich auffinden können, auf welche die myotonische Reaction zurückgeführt werden könnte, braucht man eine Hypertrophie etc. der Muskelfaser nicht anzunehmen.

Gleichmässige Wärme hat entschieden einen wohlthätigen Einfluss auf Myxödem. Da nun bei Eintritt kälterer Temperatur manchmal auch das Auftreten von Tetanie endemisch bemerkt wird, so könnte man annehmen, dass die Tetanie bei einer grösseren Anzahl von Menschen in Folge einer abnormen Thätigkeit der Schilddrüse latent besteht und bei der Gelegenheit der Kälteeinwirkung manifest wird. Ebenso kann Menstruation, Gravidität, Geburt die Tetanie ungünstig beeinflussen. Infectiöse Einflusse brauchen demnach bei einem derartigen gehäuften Auftreten von Tetanie im Winter und Frühjahr nicht angenommen werden.

Es bestehen demnach nicht wenige Berthrungspunkte zwischen Kropf, Myzödem und Tetanie; auch für die Annahme eines causalen Zusammenhanges zwischen idiopathischer, besonders endemischer Tetanie und Schilddrüse spricht Manches.

Im vorliegenden Falle hatte die Thyreoidinbehandlung befriedigenden Erfolg.

Dauber-Würzburg.

56) Josef Collins (New-York): The clinical diagnosis of vascular lesion in the ponto-bulbar region, with illustrative cases.

(The medic. Record, 16. Mai 1896.)

Das Vorkommen von Hämorrhagie, Embolie und Thrombose in dem Pons-Bulbus-Theile des Gehirns ist nicht bäufig und wo es stattfindet, stellt sich gewöhnlich bald das tödtliche Ende ein. Verfasser berichtet und analysirt 3 hierher gehörige Fälle, in denen dieser Ausgang ausnahmsweise nicht beobachtet wurde.

Im ersten Falle (39jähriger, früher syphilitischer Mann), der durch Jodkali, Tonica, Massage, Electricität u. s. w. innerhalb anderthalb Jahren wesentlich gebessert wurde, konnten folgende Symptome und zwar in ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge festgestellt werden: Plötzlich einsetzender, sehr heftiger Schwindel, Gefühl von Kraftlosigkeit in linker Körperseite, homonyme Diplegie in Folge von Lähmung des linken rect. extern., Dysarthrie,

Dysphagie, anhaltendes Zucken des linken unteren Augenlides und der darunter liegenden Gesichtspartie, gekreuzte Hemialgesie und Thermoanästhesie, Mitergriffensein des unteren Zweiges des linken Facialis, atactische Parese der rechten Körperhälfte, namentlich der oberen Extremität, Parese des rect. super. und Analgesie der Hornhaut des linken Auges, unsicherer Gang mit der Neigung, nach links zu fallen, Verminderung des Hörvermögens links. — Verfasser setzt auseinander, dass der Krankheitsherd, von dem aus eine solche Symptomengruppe entstehen kann, im mittleren Drittel des hinteren (dorsalen) Theils des Pons liegen muss. Eine Läsion, welche wechselständige Hemianalgesie, Thermoanästhesie, leichte atactische Lähmung, Störungen des 4., 5., 6., 7. und 8. Gehirnnerven zugleich erzeugt, kann nur hier liegen und zwar in der der Extremitäten-Analgesie entgegengesetzten, der Gesichtsstörung gleichen Seite; sie muss sich auf einige Lemniscus-Fasern (atactische Parese), sowie auf die Kerne oder Wurzelfasern des 6., 7. oder 8. Nerven, homonyme Diplopie, Lähmung der unteren Facialiszweige, Gehörstörung, Gleichgewichtsstörung, Verwirrung) erstrecken, die Pyramiden und den vordersten Theil des Pons (Fehlen der Gliederparalyse) frei lassen, sich auch nicht allzuweit seitwärts in demselben ausdebnen (Fehlen von Störungen in dem vom 5. Nerven abhängigen motorischen Theile).

Im zweiten Falle (32 jähriger Mann) handelte es sich um eine bulbäre Thrombose. Nachdem Kopfschmerzen und nervöse Depression und Reizbarkeit einige Wochen bestanden hatten, stellten sich clonische Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte ein, an die sich eine schrittweise zunehmende Dysarthrie, Paralyse der rechten Gesichtshälfte und eine gewisse Schwäche der linken Körperhälfte anschlossen. Diese Symptome gingen langsam zurück, doch blieb der Kranke sehr nervös und reizbar; einige Monate später trat plötzlich abermals schnell zunehmende Dysarthrie mit nasalem Klange ein, ferner Dysphagie, leichte linksseitige Hemiplegie mit starker Betheiligung der linken Gesichtshälfte, Verstärkung der linksseitigen Sehnenreflexe, motorische Schwäche der Zunge, geringe Anästhesie des Rachens, Schlundes und der Mandeln, Schwierigkeit, die Lippen zu falten, Unfähigkeit zu pfeifen, Tachycardie, Lähmung der Kehlkopfmuskeln, unfreiwilliges Lächeln und Greinen, geringe Atrophie der Muskulatur der Zunge und der linken Ober- und Unterextremität; allgemeine bulbäre Symptome fehlten. In diesem Falle, der sich von einem Falle bulbärer Paralyse hauptsächlich dadurch unterscheidet, dass die Symptome mehr einseitig und nicht fortschreitend, sondern allmählig zurückgehend sind, kann die Läsion nur sitzen in der rechten Seite der Medulla oblongata und zwar in der Ausdebnung vom Kern des 9. Hirnnerven bis nahe zur motorischen Kreuzung.

Der dritte Fall (31jähriger Maler) zeichnet sich dadurch aus, dass die Bulbärerkrankung während einer lobären Pneumonie auftrat. Die Hauptsymptome waren Schwierigkeit zu schlucken, zu phoniren, zu articuliren, Regurgitation der Flüssigkeiten durch die Nase, ein deutlicher Verlust an bestimmter Association zwischen Muskelkraft, die immer ziemlich gut erhalten blieb, und der Fäbigkeit, diese Kraft zu gebrauchen. Diese Symptome blieben während der ganzen 2 Jahre begreifenden Beobachtungszeit stationär. Die Diagnose schwankte zwischen Poliomyelitis bulbi, acuter

Entzundung in der Substanz der Medulla nach Art der Poliomyelitis anterior und Thrombose in einer der Bulbärarterien.

Voigt (Oyenhausen).

57) A. Souques et Gaston Bonnus: Un cas de syndrôme de Weber, suivi d'autopsie.

(Revue neurologique Nr. 2?, 1896.)

Die 62jährige Taglöhnerin L. B. wird am 21. Juli 1896 von einem apoplectischen Insult heimgesucht. Bei der Aufnahme im Hospital Cochin am Abend des gleichen Tages wird eine rechtsseitige vollständige, den unteren Facialis und die Extremitäten betreffende Hemiplegie constatirt, ausser dem Semicoma und Lähmung der Sphincteren bei erhaltener Sensibilität und normalen Reflexen. Am 7. Tage nach der Aufnahme wurde das Auftreten einer vollständigen Lähmung des linken Oculomotorius notirt (Herabsinken des oberen Lides, Strabismus extern. etc.). Exitus 11. August.

Bei der Autopsie fand sich: Atheromatose der Basalarterien, insbesondere der Carotiden und der Basilaris in ihrem vorderen Abschnitte. In der linken Hemisphäre 2 Erweichungsherde, von welchen der eine vom Umfange einer Welschnuss im Centrum des lobus occipitalis sitzt und bis zur Rinde im Niveau der unteren und äusseren Fläche reicht, während der andere von dem ersten vollständig getrennte die inneren ⁸/₅ der unteren Fläche des linken Hirnschenkelfusses einnimmt. Das schmale innere Ende desselben zieht sich unmittelbar hinter dem Stamme des N. oculomotorius hin. Ein Schnitt durch den Pedunculus parallel dem Vorderrande der Brücke zeigt, dass der Herd eine Ausdehnung von 6-7 mm in der Tiefe und der Sagittalrichtung, von 12 mm ungefähr in der Querrichtung hat und bis zum Locus niger vordringt, welchen er zerstört. Der Stamm des N. oculomotorius berührt den Herd lediglich, bildet jedoch keinen Theil desselben.

Die Verfasser erwähnen, dass die Hemiplegie durch Zerstörung der Pyramidenfaserung im Bereiche des Pes pedunculi zur Genüge erklärt ist, sie lassen den Leser jedoch über die Veränderung des Oculomotoriusstammes, welche die Lähmung in dessen Gebiete bedingte, ganz im Unklaren; es wird betreffs desselben nur bemerkt, das er wahrscheinlich nur "par propagation" betroffen wurde. Microscopische Untersuchung des Nerven mangelt. Der Erweichungsherd wird auf Thrombose gewisser Arterien des Pes pedunculi in Folge von Atheromatose zurückgeführt; solche fand sich in den meisten hierher gehörigen früheren Beobachtungen, in welchen Erweichung vorlag (Fälle von Mayor, Luton, Oyon etc.).

L. Lowenfeld (München).

58) Pineles: Ueber gleichseitige Hemiplegie.
(Wiener klin. Rundschau 1896, Nr. 9.)

P. beobachtete einen Fall, bei dem nach mässigen Prodromalerscheinungen eine rechtsseitige hemiplegische Lähmung eingetreten war. Bei dem bewusstlosen Patienten fielen Hand und Fuss rechts aufgehoben schlaff herab, während links ein Widerstand zu überwinden war, der bei häufigeren Bewegungen stärker wurde. Links zeigten die Extremitäten

öfter als willkürlich imponirende Bewegungen. Post mortem fand sich zur grossen Ueberraschung ein rechtsseitiges grosses Hämatom der Dura. Daneben bestand noch allgemeines Hirnödem. Ausserdem übte das Hämatom einen ziemlich grossen Druck auf die linke Hemisphäre durch Ausbauchung des Falx nach der linken Seite aus. Da nun die Decussatio pyramidum normal gefunden wurde, erklärt P. den räthselvollen Befund auf folgende Weise: Das rechtsseitige Hämatom übte direct einen Reiz auf die rechte Hemisphäre und verursachte indirect allgemeine Circulationsstörungen und Hirnödem. Letzteres führte zu einer Erschlaffung aller Extremitäten, welche jedoch in Folge der in den linksseitigen Extremitäten anfgetretenen und als willkürliche Bewegungen imponirenden Reizerscheinungen nur in der rechten Körperhälfte als gleichseitige Hemiplegie zum Ausdruck kam.

Dauber-Würzburg,

59) **Higier:** Ueber die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn- und Bückenmarkskrankheiten.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 9, p. 1 ff.)

Den Anlass zu den vorliegenden Ausführungen gab Higier die Vorstellung von 4 Schwestern, deren gemeinsames Krankheitsbild vor wenigen Jahren als Hysterie mit trophischen Störungen am Gelenkbandsystem besprochen wurde. Auch jetzt ist eine genaue Diagnosenstellung numöglich, H. spricht demnach nur von einer "familiären centralen Nervenkrankheit".

Nach genauer Definition des Begriffs der familiär-hereditären organischen Nervenleiden, sowie nach ausführlicher Aufzählung der bis jetzt bekannten Fälle (12 an der Zahl), wobei er darauf hinweist, dass die Misch- und Uebergangsformen sich immer mehr und mehr häufen, geht der Verfasser zu den eigenen Fällen über, welche 4 Schwestern von 24, 20, 18 und 17 Jahren betreffen. Beim Fehlen jedes hereditären Momentes hatte sich bei diesen 4 Mädchen während des Alters vom 7.—12. Jahre ein Gefühl von Schwäche und Steifigkeit in den Beinen bemerkbar gemacht. Die anderen Geschwister, die alle jetzt über 12 Jahre sind, sind gesund geblieben, ebenso zeigten die Patientinnen in den Jahren vor der Erkrankung absolut keine Abnormitäten.

Die Erkrankung zeigte sich progressiv bis zu ausgesprochener spastischer Paraplegie der Beine mit Contracturen an den Unterschenkelbeugern und den Adductoren und Flexoren der Oberschenkel. Der muldenförmige, hohle Pes varo-equinus mit der Hyperextension der grossen Zehe und Plantarflexion der übrigen Zehen, die vasomotorischen Störungen, wie Oedem und Cyanose, die trophischen Hautanomalien fehlen bei keiner Patientin. Gehen und Stehen fast unmöglich, Sitzen erschwert.

Die Störungen an den oberen Extremitäten, Schwäche und Ungeschicklichkeit in den Händen, Intentionszittern, fehlerhafte Stellung der Hände (leichte Flexion mit Ulnarirotation) traten immer im 3.—4. Krankheitsjahre auf. Nur die älteste Schwester zeigt deutliche Muskelatrophie, die besonders stark die kleinen Muskeln der Hand, die Muskeln der Oberarme, weniger die des Schultergürtels und des Vorderarms betrifft. An den Beinen ist bei dieser Patientin die Muskulatur des Ober- und Unterschenkels auch atrophisch.

Die Sehnenreflexe sind theils normal, theils gesteigert, nur bei der mit Atrophie des Oberschenkels behafteten Patientin ist der Kniereflex schwächer. In Bezug auf die Hirnnerveu ist bei der Mehrzahl der Schwestern gemeinsam: häufiges Verschlucken, Bradylalie und monotone nasale Aussprache, Strabismus, Subluxation der Unterkiefer bei starken Bewegungen und geringer Nystagmus. Weiter zeigt sich gemeinsam eine primäre Opticusatrophie mit Einengung des Gesichtsfelds und Farbenblindheit und erworbener stupider Gesichtsausdruck und Störungen der Intelligenz.

Nicht vorhanden waren Pupillenanomalien, Störungen der Sensibilität und der Sphincteren, motorische und sensible Reizerscheinungen, tonische Maskelspannungen an den oberen Extremitäten und Verdickung und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme.

Aetiologisch war nichts zu eruiren, der Verlauf ist eminent chronisch. Bei der Frage, was für eine Affection vorliegt, schliesst Verfasser die einzelnen in Betracht kommenden Krankheitsformen: die amyotrophische Lateralsclerose. spastische Spinalparalyse, die grosse Gruppe der hereditär familiären Muskelatrophien, die Friedreich'sche Ataxie, cerebrospinale Herdsclerose, Hydrocephalus, Dementia paralytica und die cerebralen Diplegien aus. Mit den letzteren hat sie noch das meiste gemein, doch treten die cerebralen Diplegien im üblichen Sinne spätestens schon im frühesten Kindesalter auf. Als auffallende Eigenthümlichkeiten der vorliegenden Fälle sind zu erwähnen: der schleichende Beginn, der chronische progressive Verlauf, die Familiarität, das Auftreten im jugendlichen Alter, das Fehlen eines bestimmten ätiologischen Momentes und die Abwesenheit cerebraler Reizerscheinungen.

Als pathologisch anatomisches Substrat vermut het Verfasser eine congenitale Hypoplasie des Grossbirns mit gleichzeitiger oder nachträglicher genuiner Affection der Rindensubstanz in irgend welcher Form. Dazu gesellt sich wahrscheinlich eine absteigende Degeneration der Pyramidenstränge. Nicht ganz intact dürften bei der ältesten Patientin, wie die Muskelatrophie zeigt, die Vorderhornganglienzellen sein.

Eine Besprechung der als "hereditär-familiäre cerebrale Diplegie" veröffentlichten Fälle beschliesst die werthvolle Arbeit.

Dauber-Würzburg.

60) Bernhardt: Notiz über die familiäre Form der Dystrophia muscularis progressiva und deren Combination mit periodisch auftretender paroxysmaler Lähmung.

(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. 8, p. 111 ff.)

Bernhardt beobachtete bei 2 Fällen (Vater und Sohn), die sonst nichts Besonderes boten, eigenthümliche, fast täglich und plötzlich einsetzende Anfälle allgemeiner Schwäche. Diese Anfälle sind bei dem Vater schwächer ausgeprägt als beim Sohne. Diese Anfälle sind vielleicht den Anfällen gleichzustellen, wie sie von Westphal (als "periodische Lähmung") und Anderen beschrieben sind. Aetiologisch ist die Hypothese einer Giftwirkung noch unerlässlich.

Dauber-Würzburg.



61) Sabrazes et Cabannes: Nystagmus vibratoire de nature hystérique spontané et provoqué par suggestion dans l'hypnose (1).

(Revue neurologique Nr. 18, 1896.)

Die Verfasser beobachteten vibratorischen Nystagmus bei einer hysterischen Frau; es gelang ihnen auch, diese Störung auf suggestivem Wege bei 2 weiblichen Personen, denen sie vorher dieselbe bei der betreffenden Kranken demonstrirt hatten, hervorzurufen. Auf Grund ihrer Beobachtungen kommen sie zu folgenden Schlüssen: 1. Der Nystagmus tritt zuweilen spontan bei Hysterie auf. 2. Dieser vibratorische Nystagmus gleicht nicht den ungleichmässigen und ziemlich langsamen, iusbesonders bei den äussersten Blickstellungen auftretenden Oscillationen, die man bei der multiplen Sclerose beobachtet. 3. Der Strabismus internus, welcher denselben begleitet, ist sehr erheblich, weil er auch beim Fernsehen persistirt; denn wenn es auch unter normalen Verhältnissen möglich ist, beim Fixiren eines nahen Objectes zu schielen, so bildet dies doch eine ganz aussergewöhnliche Erscheinung, wenn eines der Augen in die Ferne sieht. 4. Dieser Nystagmus ist der Suggestion zugänglich wie andere Manifestationen der Neurose. 5. Man kann denselben experimentell bei Hysterischen hervorrufen, während er unter normalen Verhältnissen nicht simulirt werden kann. L. Löwenfeld (München).

62) A. Calmann: Zur Kenntniss der Raynaud'schen Krankheit.
(Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XV, H, 1.)

Der Verfasser beobachtete auf der Schrötter'schen Klinik 6 Fälle des Symptomencomplexes, welcher als "Raynaud'sche Krankheit" beschrieben wird. In 2 Fällen waren die Erscheinungen der symmetrischen localen Asphyxie und Gangrän durch eine Erkrankung des Rückenmarks bedingt (1. Sarcom des Rückenmarkes, ausgehend von den Nervenwurzeln des III. und IV. Lumbalnerven, 2. Compression des Rückenmarkes und der cauda equina), in den übrigen 4 Fällen liess sich eine anatomische Ursache für die Erkrankung nicht nachweisen. Die Fälle, in denen das Rückenmark erkrankt war, zeigten vasomotorische Erscheinungen, die auf einen Körpertheil beschränkt blieben und vorübergehend ohne Parästhesien auftraten, ferner ein transitorisches Oedem, welches dem Ausbruche der localen Erscheinungen vorausging. In den Fällen, in denen eine anatomische Ursache sich nicht nachweisen liess, waren die typischen, localen Erscheinungen sowohl durch das Auftreten zahlreicher Panaritien complicirt, als auch durch das Uebergehen der Krankheitserscheinungen von den oberen Extremitäten auf die unteren. In 3 Fällen war ausserdem noch die Haut derart in Mitleidenschaft gezogen, dass sie das Symptomenbild des Sclerodermie bezw. der Sclerodactylie darbot. Was die Differentialdiagnose der Lepra anbetrifft, so glaubt Verfasser dieselbe mit Sicherheit ausschliessen zu dürfen. Behr-Riga.

63) William Browning (Brooklyn): Vertiefung der Haarfollikel. (Pitting about the hair-cups, a trophic change of the skin in certain diseases.)

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1895. S. 595.)

Verfasser hat schon seit einigen Jahren eine eigenthümliche trophische Störung der Haut beobachtet, die vor ihm Niemand beschrieben zu haben scheint.

Es handelt sich um näpfehenförmige Depressionen von ca. 1—2 mm Durchmesser, welche jedes einzelne Haarfollikel umgeben und bald eine ovale, bald eine kreisrunde, bald auch eine vollständig unregelmässige Gestalt aufweisen. Ihre etwas blasse Farbe lässt sie von der normalen Haut deutlich unterscheiden; sie erinnern darin an Narben Indessen lässt ein Befühlen dieser Stellen sie nicht als Narben erkennen. — Die Vertheilung dieser cupuliformen Gebilde betrifft den ganzen Körper, nicht jedoch erstreckt sie sich auf die behaarte Kopfhaut Eine Prädilectionsstelle sind die Extremitäten, besonders die unteren. Hier finden sie sich in grosser Anzahl an der Vordersläche des Schenkels und Beines

Verfasser hat diese trophischen Störungen bei bestimmten Affectionen der nervösen Centren auftreten sehen. Bei typischer progressiver Muskelatrophie (Poliomyelitis chronica anterior) waren sie stets vorhanden. In einem Fall von spasmodischer Tabes, von schwerer Hysterie und von Kopfetrauma mit multiplen Lähmungen, Muskelatrophien etc. zeigten sie sich auch. In Fällen von peripheren Nervenaffectionen, multipler Neuritis, glossy skin, spastischer Spinalparalyse, Tabes, pseudohypertrophischer Paralyse etc. wurden sie nicht beobachtet.

Nach des Verfassers Ansicht weisen die peripilären Störungen auf das Rückenmark als den Sitz derselben, im Besonderen auf die Vorderhörner, hin. Sie dürften von Wichtigkeit für die Differentialdiagnose zwischen gewissen peripheren und centralen nervösen Störungen sein.

Buschan (Stettin).

64) Rossolimo (Moskau): Ueber Hemianopsie und einseitige Ophtalmoplegie vasculären Ursprungs. (Zur Architectonik des Oculomotoriuskerns.) (Neurolog. Centralbl. 1896, Nr. 14.)

Ein 47jähriger Potator, welcher seit seiner Soldatenzeit an linksseitiger Migräne und epileptoiden Anfällen mit Bewusstseinsverlust litt, die in den letzten Jahren, wo er aufgehört hatte zu trinken, nachgelassen hatten, erkrankte Januar 1895 unter Kopfschmerzen und Erbrechen. Einige Tage darauf nach Bewusstseinsverlust, Doppelsehen, linksseitige Ptosis.

Bei der Untersuchung zeigten sich links alle Augenmuskeln mit Ausnahme der Mm. rectus inferior, rectus exterior und obliquus superior gelähmt, während rechts nur Parese des Rectus exterior und geringe Schwäche der Mm. rect. sup. und obliquus inf. bestand. Ausserdem Hemianopsia dextra, beide Pupillen fast reactionslos, linke Pupille etwas weiter. Nach zeitweiliger Besserung der Lähmungserscheinungen trat am 12. Februar totale Aphasie nebst Parese des rechten Armes, des rechten Facialis und Hypoglossus auf. Daneben Worttaubheit, welche ebenso wie die Schwäche des rechten Armes nach einigen Wochen schwand. Am 20. April rechtsseitiger Krampfanfall mit Bewusstseinsverlust und nachfolgender Lähmung des linken Armes, Parese des linken Facialis, später Aphonie, Aphasie und Schlingstörungen. Unter rechtsseitigen Krämpfen erfolgte am 11. Mai der exitus letalis.

Bei der Section fand sich ein gelber Erweichungsherd in der Rinde der linken Hemisphäre, welcher das Verbreitungsgebiet des 3. und theilweise wohl auch des 4. Astes der Art. fossæ Sylvii umfasste, ein zweiter frischerer in der Rinde und subcorticalen Schicht der rechten Hemisphäre an der

unteren Hälfte der vordereu Centralwindung und ein dritter kleiner im rechten Hinterhauptslappen am peripheren Ende der Fissura occipitotemporalis.

Bei der microscopischen Untersuchung ergab sich neben wenig ausgesprochener Degeneration in den motorischen Bahnen ein Herd nekrotischer Hirnsubstanz in der linken Haube und im Pulvinar des linken Thalamus, und an der Austrittsstelle der Hirnschenkelbasis an der Varolsbrücke ein Strang degenerirten Gewebes, Degeneration des Oculomotoriuskerns, des linken hinteren Längsbündels und der inneren Kapsel im zweiten Viertel des hinteren Knies.

B. zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlussfolgerungen:

- 1. Die Art. cerebri post. dient zur Speisung des optischen und oculomotorischen Centralapparates der gleichnamigen Seite und zwar versorgen die Hauptendigungen die Rinde und die weisse Substanz des Occipitallappens der Spitze des Cuneus und des Gyrus liugualis, dagegen dienen die unweit der Theilungsstelle der Art. basilaris abgehenden 4 Aestchen zur Versorgung des Sehcentrums im Pulvinar und für die Kerne und Wurzeln des Oculomotorius im Crus cerebri.
- 2. Die Aa. peduncularis int., nuclei oculomotorii und optica int. post. sind Endarterien, die A. pedunculo-genuina auastomisirt mit anderen Systemen.
- 3. Die Art. peduncul. interior begleitet mit ihren Verästelungen die Wurzelbundel.
- 4. Die Vertheilung der einzelnen Kerne des Oculomotorius fällt ganz mit dem Schema von Pick und Kahler zusammen, nur dass der M. levator palpebræ etwas nach innen vom Kern des M. rect. sup. liegen muss.
- 5. Das Gleiche gilt von den Wurzelfasern; die lateralen Bündel sind für die Mm. rect. sup. und obliqu. infer. bestimmt, die medialen für den Rect. inf. und levator palpebræ.
- 6. Die Verbindungsbahnen des Kernes des M. rectus int. der einen Seite mit dem Kerne des Rect. ext. (abducens) der anderen Seite liegen dem Anscheine nach in den lateralen-ventralen Partien des hinteren Längsbündels auf der Seite des Oculomotoriuskernes und treten erst im Niveau des Abducenskernes auf die andere Seite über.

Hoppe.

61) Wilhelm Goldzieher (Pest): Ueber Hemianopsia bitemporalis. (Vortrag im Verein der Aerzte in Pest.)
(Wiener klinische Rundschau 1896, 51.)

Es handelt sich um eine 42jährige erblich nicht belastete, blühende und wohlgenährte Frau, die nicht syphilitisch inficirt war, mehrere Kinder geboren hat. Seit mehreren Monaten Kopfschmerzen, besonders Nachts, gleichzeitig Abnahme der Sehkraft. Perimetrisch wird nachgewiesen, dass am rechten Auge die temporale Hälfte ausgefallen ist, während nasal eine concentrische Einschränkung von ungefähr 150 vorliegt. Die Grenzlinie geht bis 100 um den Fixationspunkt im verticalen Meridian und baucht sich dann ein wenig gegen die blinde Seite vor, welche Ausbuchtung aber nur sehr geringes Sehen besitzt, so dass sie als paracentrales, gegen die

blinde Seite verschobenes Scotom aufgefasst werden kann. Links feblte nicht nur die temporale, sondern auch der obere Theil der nasalen Hälfte so dass hier nur ein wenig mehr als der innere untere Gesichtsfeldquadrant vorbanden war. Auch links ist ein ähnliches paracentrales Scotom vorhanden wie rechts. S. rechts 20/40, links 20/100, etwas excentrisch. Farbenempfindung, besonders rechts, vollkommen scharf. Binocular liest die Kranke fliessend auch feine Druckschrift. Papillen leicht abgeblasst, besonders der maculare Quadrant der linken; Grenzen scharf, normal. Diagnose: Ein Herd, der auf die gekreuzten (inneren) Bundel des Chiasma einen Druck austibt, der Druck muss in der Richtung der Sagitalachse des Chiasma wirken, d. h. in der Richtung einer von vorn nach hinten die Winkel desselben halbirenden Linie, gleichviel ob er am vorderen oder hinteren Winkel oder aber auf der Oberfläche des Chiasma sitzt. Es ist klar, dass nur in den seltensten Fällen die Druckwirkung sich gerade nur auf die gekreuzten Sehnervenfaserbundel erstrecken kann, sondern dass sie vielmehr entweder auf die lateralen (ungekreuzten) Bündel übergeht, oder aber (was seltener vorkommt) einen mehr oder weniger grossen Antheil der gekreuzten Bundel noch eine Zeit lang mehr oder weniger intact lässt, welche beide Möglichkeiten in dem obigen Falle vorliegen. Dabei sind einerseits die vorhandenen Gesichtsfeldhälften concentrisch eingeschränkt, wobei links auch noch der obere nasale Quadrant mangelt, andererseits erstreckt sich die Region des Sehens noch ein wenig gegen die blinde Seite, allerdings mit Unterempfindlichkeit. - Es giebt auch scharf abgegrenzte bitemporale Hemianopsien, bei denen ein Herd vorhanden sein muss, der nach seiner Natur eine besonders scharf begrenzte Strangulation der gekreuzten Fasern hervorbringt, der am chesten bei aneurysmatisch erweiterten Gefässschlingen oder bei Spitzen auf die Basis des Chiasma wirkenden Knochenauswüchsen vor kommt. Letzteres wird im vorliegenden Falle vermuthet.

2. Aeltere Frau, gesund bis auf mässige Arteriosclerose. Links Amaurose mit leichter Abblassung der Papille. Rechts in der Mittellinie genau abgegrenzte Hemianopsie bei vollkommen erhaltener S. und normaler Farbenempfindung in der restirenden Gesichtshälfte. Vorübergehende Verdunkelungen. Keinerlei Hirnerscheinungen. Diagnose: Aneurysmatische Veränderung eines in der Mittellinie des Chiasma befindlichen Arterienzweiges, dessen Entwickelung nach links hinüber stattgefunden hat.

3. Junger Maler. Vor 3 Jahren nach heftiger Influenza Sehstörungen. Rechts hochgradige Amblyopie, Abblassung der Papille; soweit perimetrische Untersuchung möglich, fehlt die temporale Hälfte des Gesichtsfeldes. Links bei normalen Gesichtsfeldgrenzen und fast normaler Sehschärfe totale Farbenblindheit in der temporalen Hälfte. Allmähliche Besserung. Rechts stieg die Sehschärfe auf 20/70. Links erweiterte sich das Farbengesichtsfeld bis auf den oberen temporalen Quadranten, der bei der letzten Untersuchung noch fehlte. Diagnose: Ein um das Chiasma gewuchertes resorptionsfähiges Exsudat.

Erlenmeyer.

66) Chas. A. Oliver: Gesichtsfeldveränderung bei veränderter Körperhaltung. (A critical study of a few of the changes found in the fields of vision, taken whilst the eyes are placed at right angles to their ordinary position.)

(Brain. Winter 1895.)

Die Untersuchung ergab bei gewöhnlicher Anordnung zunächst:

Gleiche Flächen derselben Farbe in gleichem Abstande rund um den Fixationspunkt geführt erscheinen gesättigter und lebhafter gefärbt an der Schläfenseite vom Fixirpunkt; dann kommt der untere, nasale und obere Quadrant. Ungleiche Flächen derselben Farbe zeigen die kleinsten Farbenbilder am deutlichsten auf der Schläfenseite. Gleich grosse Flächen sind auf der Schläfenseite früher wahrgenommen, wenn von der Peripherie herangeführt; die Reihenfolge der Quadranten ist dieselbe. Flächen derselben Farbe werden die kleinsten auf der Schläfenseite zuerst und deutlicher wahrgenommen. In jedem Fall, wo die Gesichtsfelder bei rechtwinkliger Stellung der Augen zu ihrer gewöhnlichen Lage, bei Stellung des Schläfenquadranten nach oben oder unten, untersucht wurden, zeigten gleiche und ungleiche Farbenbilder von den verschiedenen Peripherien her dem Fixationspunkt genähert, die nämliche Verbesserung bezüglich der Erkennung und Färbung in demjenigen Theile des Gesichtsfeldes, welcher vorher dem Schläfenquadranten entsprach. Wichmann.

67) T. K. Monro: A case of sympathetic pain: pain in front of the chest induced by friction of the forearm.

(Brain. Winter 1895.)

Bei einem 44jährigen Mann entstand nach einer Verletzung eine Zone auf dem Vorderarm und eine auf der Brust mit Schmerzpunkten. Wenn Druck auf den Vorderarm ausgeübt wurde, stellte sich Schmerz in jener Zone auf der Brust ein. M. fasst den Fall als sympathische Neuralgie auf. Wichmann.

68) S. Kalischer: Ueber Parästhesien und Neuralgien an der Aussenseite des Oberschenkels.

(Allg. med. Centralzeitung 1896, Nr. 48.)

Verfasser beschreibt 5 Fälle der zuerst von Bernhardt beschriebenen, dann von Roth Meralgia paræsthetica genannten, isolirten Erkrankung des Nervus cutaneus femoris exterior. 2 dieser Fälle, in denen die Parästhesien, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an der Aussenseite des Oberschenkels als Theilerscheinung einer Neuritis lumbalis besonders hervortraten, gehören demnach streng genommen nicht dazu. Als anatomisches Substrat des Leidens sieht K. eine Peri- oder Paraneuritis des Nerven an. Aetiologie und Therapie decken sich mit der der übrigen Neuritiden; der Verlauf scheint meist ein besonders langwieriger zu sein. Loewenthal (Frankfurt a. M.).

III. Zur Tagesgeschichte.

Personalien. Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. P. Kowalewsky hat einen Ruf nach Petersburg erhalten und dort die Direction der Irrenanstalt des H. Panteleimon übernommen. — Dr. Jul. Morel, der Mitherausgeber unseres Blattes, ist zum Director der Staatsirrenanstalt zu Mons und gleichzeitig zum Mitgliede des noomité central d'inspection des asiles d'alienes du Royaume" (Belgien) ernannt worden.

Kataloge. Reiniger, Gebbert und Sch'all versenden den Katalog ihrer electrotechnischen Fabrik. Derselbe ist höchst instructiv; einen weiten Raum nehmen neue Anschlussapparate an Starkstromleitungen und an Akkumulatoreu ein. - W. Müller, London, E. C., Staryard, Carey Street, versendet litterarische Monatsberichte über Novitäten und Antiquaria der englischen Litteratur unter dem Titel New Book List. -Bibliographie d'aliénation mentale, Antiquariat von J. Le-

chevaller, Paris, 23 rue Racine.

Anstaltswesen. Der deutsche Reichstag hat am 16. Januar den Antrag Krause angenommen, welcher die Reichsregierung auffordert, eine reichsgesetzliche Regelung der Aufnahme, der Aufenthaltsverhältnisse und der Entlassung von Geisteskranken aus Anstalten herbeizuführen. den Verhandlungen hat der Abgeordnete Lenzmann, der Vertheidiger von Mellage, mit vollem Ernste allen Widersinn, den neuerdings Quarulanten über vermeintliche Freiheitsberaubung vorgebracht haben, mit seltener Vollständigkeit und rührender Gläubigkeit zum Besten gegeben; wenn ein Vertreter des fortgeschrittenen Liberalismus sich so verrannt zeigt, was soll man dann von den Vertretern weniger aufgeklärter und moderner Parteien erwarten. - Der schlesische Provinzialausschuss hat beschlossen, beim Provinziallandtage die lebenslängliche Anstellung der Oberärzte zu beantragen. Vor 7 Jahren, bei Entziehung dieses unzweiselhaften Rechtes, hat der Ausschuss es nicht für nothwendig gehalten, erst die Meinung des Landtages einzuholen über einen Beschluss, den man wohl als entschiedenste Massregel zur Proletarisirung des irrenärztlichen Standes - abgesehen von deu Directoren - bezeichnen kann; denn das characteristische Kennzeichen einer proletarischen Existenz ist neben der gedrückten materiellen Lage die Unsicherheit der Stellung. Die ganze Frage der dienstlichen Stellung der Aerzte neben den Directoren bedarf wohl einer gründlichen Discussion; nichts kann die Interessen des Dienstes mehr schädigen, als die uncontrollirte Autokratie der Directoren in ärztlichen Dingen, zumal so lange die Auslese der Directoren nur von ihrer administrativen und bureaukratischen, nicht von ihrer fachmännischen Qualification abhängt. Es giebt keinen Zweig der öffentlichen Verwaltung in Preussen, ja nicht einmal irgend eine subalterne Carriere, in welcher die Unsicherheit der Existenz und des Aufrückens so absolut wäre, wie in der der Irrenärzte an öffentlichen Anstalten. Leider fehlt aber den Anstaltsärzten bisher jeder Ausdruck für die Solidarität ihrer Iuteressen; sie könnten sich in Bezug auf rühriges Eintreten für die eigene Würde und Existenz wohl an den Gymnasiallehrern und Richtern, ja an den Postassistenten ein Beispiel nehmen. Das psychiatrische Vereinsleben

hat bisher von diesen Interessen keine Notiz genommen, wird es aber in Zukunft müssen, wenn die Bedeutung des Standes der Irrenärzte nicht immer mehr sinken soll; bei einer gut organisirten Standesvertretung würden auch so unsinnige Angriffe, wie die Lenzmann's im Reichstage, am Regierungstische nicht unwidersprochen bleiben.

Kurella.

Zur Fürsorge für die Geisteskranken und Epileptiker in der Rheinprovinz.

Dem im März d. J. in Düsseldorf zusammentretenden Provinziallandtag der Rheinprovinz werden in einer ausführlichen Abhandlung seitens des Provinzialausschusses Berichte und Anträge betreffend die Fürsorge für die Geisteskranken und Epileptiker der Rheinprovinz vorgelegt werden. durch die Anträge entstehende Mehrbelastung der Provinz wird durch folgende Summen ausgedrückt: 1. Erweiterung von Grafenberg und Merzig 1,280,000 Mk., 2. Neubau einer Provinzial-Irrenanstalt 3,200,000 Mk., 3. Station für irre Verbrecher 160,000 Mk., 4. bauliche Verbesserungen in den Provinzial-Irrenanstalten 550,000 Mk., zusammen 5,190,000 Mk. Dazu treten noch vorschussweise Zahlungen, die zur Vorbereitung der Vorschläge bereits haben geleistet werden müssen. Es war geboten, für eine Erweiterung und bessere Entwässerung der Provinzial-Irrenanstalten bei passender Gelegenbeit Grundstückserwerbungen in einer Gesammthöhe von 162,103 Mk. zu machen, wovon allein auf Grafenberg (Ankauf des Püdlerhofes u. s. w.) 103,718 Mk. entfallen. Dazu kommen noch Ausgaben für besondere technische Kräfte zur Bearbeitung der Projecte, Reisekosten der Commission, der Sachverständigen, Druckkosten und andere sachliche Kosten mit insgesammt noch 26,665 Mk, so dass bis jetzt ein Gesammtvorschuss von 188,768 Mk. entstanden ist, der sich bis zum Zusammenkommen des Provinziallandtags noch etwas erhöhen dürfte. Die insgesammt vorzusehende Belastung beläuft sich also abgerundet auf 5,390,000 Mk., wozu die dem nächsten Provinziallandtage vorzulegenden Kostenanschläge der Anstalt für Epileptiker mit etwa 3,200,000 Mk. treten werden, so dass im Ganzen etwa 8,590,000 Mk. aufzuwenden sind, deren Verzinsung und Tilgung bei Zugrundelegung eines Sollaufkommens an directen Staatssteuern von 42 Millionen auf rund 100 der Umlage sich belaufen wird.

Der Provinzialaussschuss fasst seine Anträge wie folgt zusammen: Der Provinziallandtag wolle beschliessen: 1. Mit den von dem Provinzialausschuss ergriffenen vorläufigen Massnahmen betreffend die Anstalt Mariaberg und die Beaufsichtigung der Privat- und Provinzialanstalten sich einverstanden zu erklären. 2. Zur Beschaffung der erforderlichen weiteren Plätze für Geisteskranke folgende Massregeln zu treffen bezw. den Provinzialausschuss zu denselben zu ermächtigen: die 1. und 2. Klasse au den Provinzial-Irrenanstalten zu Bonn, Düren und Merzig aufzuheben, die Provinzial-Irrenanstalten zu Grafenberg und Merzig nach dem vorgelegten allgemeinen Bauplan um je 200 Köpfe zu erweitern, 3. eine neue 6. Rheinische Provinzial-Irrenanstalt nach dem vorgelegten allgemeinen Bauplan für 800 Köpfe zu erbauen, zu diesem Zwecke auch das von dem Provinzialausschuss vorgeschlagene Bauterrain in der Gemeinde Reusrath bei Station

Langenfeld zum Preise von zusammen 205,000 Mk. zu erwerben. 3. Zur Verbesserung der Unterbringung der Kranken: eine besondere Abtheilung für irre Verbrecher u. s. w. bei der Provinzial-Irrenanstalt Düren nach dem vorgelegten Bauplane zu erbauen, die baulichen Verbesserungen der vorbandenen Provinzial-Irrenanstalten zu genehmigen. 4. Die Errichtung einer Anstalt für Epileptiker und Geisteskranke für 800 Köpfe zu beschliessen und den Provinzialausschuss zu ermächtigen bezw. zu beauftragen, ein geeignetes Bauterrain im Mittelpunkte der Provinz anzukaufen und die Pläne und Kostenanschläge dieser Anstalt aufertigen zu lassen und dem nächsten Provinziallandtage vorzulegen. 5. Sich mit den vorgeschlagenen Reglementsänderungen und mit den Vorschlägen administrativer Natur, ins. besondere zur Hebung des Wartepersonals, einverstanden zu erklären. 6. Den Provinzialausschuss zu ermächtigen, die zur Bestreitung erforderlichen Summen zunächst vorschussweise bei der Landesbank als 31/2 procentiges Darlehen zu entnehmen und dem nächsten Provinziallandtage eine Vorlage zur Aufnahme eines mit 31/10 zu verzinsenden und mit 10/0 zu tilgenden Darlehens bei der Landesbank zu unterbreiten.

Ueber die vorläufigen Massnahmen, bezüglich deren nachträgliche Genehmigung erbeten wird, führt der Bericht aus: Nachdem unmittelbar nach dem Alexianerprocess die Anstalt Mariaberg durch die Staatsregierung geschlossen worden war, musste für die in der genannten Anstalt befindlichen Kranken des diesseitigen Landarmenverbandes Fürsorge getroffen werden. Von den zur Zeit der Schliessung in der Anstalt Mariaberg verpflegten Kranken, in der Gesammtzahl von 380 Kranken, gehörten 210 Kranke dem rheinischen Landarmenverbande an, während die übrigen 170 Kranken von anderen Communalverbänden und Privaten dorthin gebracht worden waren. Da die anderweite Unterbringung der diesseitigen Kranken sich nicht sofort ermöglichen liess, so traf zunächst der Landesdirector mit den Alexianern ein vorläufiges Abkommen, wonach die gesammte Leitung der Anstalt zwei im Provinzialdienste stehenden Psychiatern, dem zweiten Arzte Dr. Gottlob von der Provinzial-Irrenanstalt zu Merzig und dem Assistenzarzt Dr. Flugge von der Provinzial-Irrenanstalt zu Grafenberg, sogleich anvertraut wurde, während die Alexianerbrüder lediglich auf Pflegeund Gesindedienst nach Anordnung des leitenden Arztes beschränkt sein und so lange in diesem Dienste bleiben sollten, bis das nöthige weltliche Verwaltungs. und Pflegepersonal gewonnen war. Am 24. August wurde Mariaberg nebst Ackerland und gesammtem Mobiliar, Kleidungsstucken, Bettwäsche u. s. w. auf die Zeit vom 1. September 1895 bis zum 15. März 1839 zu einem jährlichen Pachtpreise von 35,000 Mk. seitens des Landarmenverbandes von der Alexianer-Genossenschaft angepachtet. Inzwischen hat die Stadt Aachen die Anstalt angekauft und wird ihren Besitz vertragsmässig unmittelbar nach Ablauf der Pachtzeit der Provinz antreten. Die Anstalt wurde mit Genehmigung der zuständigen Herren Minister nach Ausscheiden der Alexianer und Ersatz derselben durch weltliches Personal für die Pachtzeit als öffentliche Provinzial-Irrenpflegeanstalt übernommen und nach Entlassung aller fremden Kranken zur Aufnahme der bis dahin von den Alexianern zu Aachen in ihren dortigen beiden Anstalten Mariaberg und am Alexianergraben für Rechnung des Landarmenverbandes ver-

Digitized by COSIC

pflegten männlichen Geisteskranken und ferner bis zur vollen Belegung (400 Plätze) zur Aufnahme von weiteren männlichen unheilbaren Irren aus den Provinzial- und Pflegeanstalten bestimmt. In Folge dessen wurden zunächst sämmtliche in den katholischen Genossenschaftsanstalten befindlichen ev angelischen Kranken nach Mariaberg und später nach der im Mai 1896 eröffneten evangelischen Anstalt Lüttringhausen übergeführt. Die in den Alexianeranstalten zu Aachen befindlichen nicht geisteskranken, erwachsenen und jugendlichen Epileptiker wurden nach dem Landarmenhause zu Trier, wo durch Entlassung von Ortsarmen und Ueberführung von Landarmen nach dem Landarmenhause zu Brauweiler Platz geschaffen und eine Schule für die jugendlichen Epileptiker eingerichtet worden war, übergeführt. Die jugendlichen (noch nicht 16 Jahre alten) Blödsinnigen wurden in die Idiotenanstalt zu Huttrop bei Essen und in an lere Erziehungsanstalten versetzt.

Der Bericht über die vorläufigen Massnahmen bemerkt zum Schluss: "Im Hinblick auf die nicht nur in unserer Provinz, sondern in fast allen Theilen Deutschlands in letzter Zeit bervorgetretene, durch Mittheilung in genährte Beunruhigung in weiteren Volkskreisen vielfach bezüglich der Behandlung der Geisteskranken in den Irrenanstalten, sowie der Zurückbehaltung nicht geisteskranker Personen in diesen Anstalten erachtete der Provinzialausschuss für angezeigt, in dieser Hinsicht besondere Garantien zum Schutze der Kranken wie der nicht Geisteskranken zu treffen. Zu diesem Endzwecke hielt der Provinzialausschuss zunächst die Bestallung eines erfahrenen Psychiaters als technischen Beiraths des Landesdirectors für das Irrenwesen und im Anschlusse daran die Einrichtung einer in dem jetzigen Reglement für die Provinziul-Irrenanstalten nicht vorgesehenen Aufsicht des Landesdirectors bezw. des Landespsychiaters über die medicinische, psychische und diätetische Behandlung der Kranken in den Provinzialanstalten, sowie eine Mitwirkung bei der Aufnahme und Entlassung von Kranken für erforderlich. Da es erwünscht war, behuß Mitwirkung bei den Plänen und Reformen auf dem Gebiete des Irrenwesens diesen technischen Beirath der Centralstelle alsbald zur Verfügung zu haben, so hat der Provinzialausschuss bis zum Zusammentritt des Provinzialland. tags den Geh. Sanitätsrath Dr. Oebeke zu Bonn, der sich hierzu bereit erklärte, vertretungsweise mit den Functionen eines Landespsychiaters beauftragt."

Redactionelles und Litterarisches.

Neue und alte Zeitschriften. Die Zahl der neurologischpsychiatrischen Zeitschriften hat sich um eine weitere vermehrt, welche
nater dem Titel: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie
im Verlage von S. Karger (Berlin) seit dem 1. Januar d. J. erscheint.
Ihr Programm und das erste Heft zeigen, wie es die Namen der Heraugeber Wernicke und Ziehen erwarten lassen, dass sie jene einflussreiche
Richtung vertreten wird, für welche so zu sagen der Psychiater und Neurologe erst beim Hirnanatomen anfängt, die Psychologie schon bei der
älteren Richtung der Associationspsychologie, wie sie durch Meynert ver-

treten und von Wernicke mit so viel Geist und Consequenz auf die Analyse der aphasischen Erscheinungen angewendet worden ist, aufhört; sicherlich sind noch nicht alle Früchte, welche in dieser Sphäre reifen können und müssen, gepflückt, und wir erwarten von dem Blatte das Schönste auf dem seiner Richtung zugänglichen Gebiete.

Seit der Neubegründung dieses Centralblattes im Jahre 1890 hat die neurologische Litteratur sich ausserordentlich vergrössert. seitdem in Frankreich, Italien und Belgien referirende Blätter gegründet worden, welche ihrer Selbstcharacteristik nach das sein wollen, was "die Centralblätter in Deutschland sind"; seit 1396 ist ein russisches Centralblatt in Gestalt des v. Bechtere w'schen "Obosrenije" erschienen; dazu kommen einige neue Revuen, welche längere, monographische Artikel bringen, nämlich nach Vorausgang der "Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde" v. Bechterew's Wjestnik und eine neue Moskauer Zeitschrift für Paychiatrie (Tokarskij, Zapiski psichologitscheskoi) laboratorii etc. Dazu kommt ferner, dass drei ältere Zeitschriften, die Rivista sperimentale di freniatria die Psychiatrischen Bladen (künftig: Psyehiatrische en Neurologische Bladen) und die leitende amerikanische Zeitschift Journal of mental and nervous diseases, sich mit Peginn dieses Jahres erheblich vergrössert haben. Damit aber nicht genug: neue Centralblätter für Physiologie und pathologische Anatomie sind seit 1890 entstanden und verlangen Beachtung, zwei psychologische Archive in Deutschland - das Emminghaus'sche und das Kräpelin'sche - erfordern Berücksichtigung und in nicht geringerem Grade zwei neue amerikanische Zeitschriften gleicher Richtung: American Journal of Psychology und die Psychologial Review. Auch lässt sich eine Abnahme der Zahl neurologischer Artikel in allgemein medicinischen Journalen keineswegs bemerken.

Nun haben allein die neuen ausländischen Centralblätter zusammen im Jahre 1896 über 209 Originalartikel gebracht, was für jedes derselben ein bedeutendes neues Referaten-Pensum ausmacht; im Hintergrunde der Dinge zeigt sich auch schon die Nothwendigkeit, die spanische - ich nenne nur Ramon y Cajal's treffiche "Rivista trimestral micrografica" -, die czechische, polnische und südslawische Litteratur zu berücksichtigen -, das Alles, das für einen Augenblick wohl den Redacteur eines referirenden Blattes entmuthigen könnte, kann ihn schliesslich nur zu vermehrter Thätigkeit anspornen, zeigt aber auch die Nothwendigkeit, die medicinische Journalistik anzufassen wie jede journalistische Thätigkeit überhaupt; nur durch weitere Arbeitstheilung und Differenzirung der litterarischen Fanctionen kann den wachsenden Ansprüchen an die medicinische Journallitteratur genügt werden. Ich habe schon einmal die Frage aufgeworfen, ob es im Interesse der medicinischen Leserwelt liegt, dieselben Artikel in den verschiedensten Zeitschriften eines und aller Länder immer wieder referirt zu finden; ob eine internationale Organisation der Berichterstattung, welche Menge des Schreibens und Lesens verringern würde, nicht anzustreben ware? ich habe auch Grund zu hoffen, dass die internationalen Congresse zu entsprechenden Verhandlungen und Abmachungen führen werden; von heute auf morgen geht das aber nicht, für jetzt hat unser Centralblatt auch

Digitized by GOOGLE

gegen die unbeimlich steigende Fluth der litterarischen Production seine Existenz zu behaupten. Das macht allerdings eine beständige Fortentwicklung und Anpassung nöthig, welche zunächst zu einer erheblichen Steigerung des Umfanges des Blattes führen wird. Im laufenden Jahre wird zunächst nach Bedarf der Umfang der Hefte vergrössert werden; vom nächsten Jahre ab ist eine erhebliche Erweiterung der Hefte und auch eine Vermehrung ihrer Zahl in Aussicht genommen. Schon jetzt soll in grösserem Umfange als bisher das kritische Sammelreferat an die Stelle der vereinzelten Besprechungen treten, wie das der interessante Beitrag von Dr. Mann im letzten Hefte schon zeigt; ganz besonders soll die Anatomie, die Psychologie, die pathologische Anatomie und die Degenerationslehre nicht in Einzelreferaten, sondern zusammenfassend dargestellt werden; eine grössere Berücksichtigung der Therapie soll das Blatt für den Practiker werthvoller machen: daneben soll der Character eines internationalen Litteraturblattes wieder mehr hervortreten, als es in den letzten Jahren der Fall war. Wesentlich als eine Litteraturzeitung der Neurologie soll unser Blatt sich von verwandten Unternehmungen, die mehr der Förderung anatomischer Forschung (im Allgemeinen oder einer bestimmten Richtung innerhalb solcher Forschung) dienen, unterscheiden.

Von diesem Gesichtspunkte aus soll auch in der Auswahl von Originalartikeln, deren Ideal für ein Litteraturblatt die vorläufige Mittheilung und der Sammelaufsatz ist, verfahren werden. Dabei wird das Ziel immer sein, alle Richtungen der Forschung bei den Culturvölkern zur Darstellung zu bringen, auch die Arbeit isolirt stehender, nicht strikt akademischer Beobachter und Denker nicht einfach als unzünftig und nichtig abzulehnen, sondern alles Beachtenswerthe frei von Schulvorurtheilen zur Geltung kommen zu lassen. Kurella.

Neueste periodische hublication. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie; herausgegeben von Prof. H. Schiller (Giessen) und Th. Ziehen (Jena), Berlin, Reuther und Reichard. Jährlich 6-8 Hefte, Preis 7 Mk. 50 Pfg. Unter den Mitarbeitern finden wir Barth, Binswanger, Dilthey, Gutzmann, Höfler, Paulsen, Preyer, vermissen wir dagegen J. L. A. Koch, Kraepelin, R. Sommer, Ufer und Trüper.

CENTRALBLATT

füi

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

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

XX. Jahrgang.

1897 März.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Ueber Hemicrania ophthalmica (Migraine ophthalmique, Augenmigräne).

Von Dr. KNAUER. Görlitz.

Das Studium der Migraine ophthalmique hat im letzten Jahrzehnt besonders in Frankreich Seitens der dortigen hervorragenden Neurologen eine Fülle von neuen Beobachtungen und Veröffentlichungen gebracht, während die Mehrzahl unserer gangbaren deutschen Lehrbücher der Neurologie verbältnissmässig nur kurze Mittheilungen über diese Krankheit enthalten und noch dazu fast nur als Apperdix zur gewöhnlichen Migräne.

Eingehend und klar schildert Möbius die klinischen Erscheinungen derselben in seiner Diagnostik und auch im Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten; er bezeichnet sie als eine nicht gerade häufige Krankheit. "Die Kranken bemerken" - so schreibt er z. B. im Abriss - "ein in einer Hälfte des Gesichtsfeldes auftretendes Flimmern, das sich allmählich bis zur Mittellinie ausdehnt. Zuweilen können sie über die leuchtenden Erscheinungen keine genaueren Angaben machen, oft aber beschreiben sie sie genau: als Bogenlinien, als Zickzack- (Fortifications-) Linien, als geschlossene Kreise oder Vierecke; die Figuren sind meist farbig, oft zeigen sie alle Farben des Regenbogens. Ist die Erscheinung ausgebildet, so sehen die Kranken alle Gegenstände nur halb, die rechte oder die linke Hälfte fehlt; sie fällt einfach weg oder scheint durch eine Art von Nebel verdeckt zn sein. Die Dauer des Flimmerscotoms ist gewöhnlich 1/4 - 1/2 Stunde. Dann ist der Aufall beendigt, oder nun beginnt der Konfschmerz. Ausser dem letzteren können in schweren Fällen auch vorübergehend Hemiparästhesien, Hemiparese, Aphasie auftreten."

Hirt, Strümpell, Eulenburg erwähnen mit mehr oder weniger kurzen Worten die Krankheit, während man in älteren Lehrbüchern (Hasse, Rosenthal, Romberg, Schmidt, Leubuscher, Burghardt, Valentin etc.) keine Andeutungen findet.

Brackmann (Migräne und Psychose, Allgem. Zeitschr. für Psych., Bd. 53, 4, 1896) citirt mehrere Fälle, die von Löwenfeld, Zacher, Mingazzini, Krafft. Ebing beobachtet und geschildert sind und giebt

eine eigene Beobachtung.

Siegrist (Mittheil. a. klin. u. med. Inst. d. Schweiz, I, 18, 1~94) beschreibt einen Fall und knupft kritische Bemerkungen über Wesen, Sitz und Ursache des Leidens an; er nimmt Gefässstörung an (Spasmus der Gefässe der einen Schädelhälfte). Als Ursache beschuldigt er Anstrengungen der Augen, besonders der astigmatischen unter Hinzutreten anderer accidenteller Ursächlichkeiten.

A. Pick schildert in der Berliner klinischen Wochenschrift 1894

ebenfalls eingehend einen Fall von Augenmigräne.

In einer nach seinem Tode herausgegebenen Abhandlung wird ein Fall aus Charcot's Beobachtung mitgetheilt (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière VIII, 1. 1895), bei dem aphatische Störungen den Anfall begleiteten.

Casuistik brachten ferner: Gaston Lyon (Gaz. des hôp. 1895), W. Oakley Humance (Philad. Poliklinik 1835), H. C. Wood (Med. News, Dec. 1.94) (Epilepsie, in der Augenmigräne als Aura auftrat), Casey A. Wood (New-York med. Rec. 1.95) (sogenannte Chocoladenmigräne, wo auf Grund einer Idiosynkrasie gegen Theobromin, das in der Chocolade enthalten ist, nach Genuss letzterer jedesmal Anfälle von Augenmigräne auftraten), Chabbert (Le Progrès méd. 1893) (dieser Fall ist aber nicht ganz einwandfrei!).

Gilles de la Tourette bringt in seiner "Hystérie nach den Lehren der Salpêtrière 1894", p. 222 ff. einige Hinweisungen. Er citirt dabei des grossen Meisters Charcot und seiner Schüller Arbeiten, z. B. Babinski, Fink, Galezowski, Féré, Raullet, Rotiolis, Blocq. Letzterer (Arch. de neur. 1889) theilt eine eigene Beobachtung mit. Babinski's 4 Fälle waren offenbar Hysterische mit gleichzeitigem Auftreten der Migraine ophthalmique. Es ist durchaus plausibel, dass wie bei Paralytikern und Epileptikern diese Krankheit auch bei Hysterischen vorkommt.

Voisin schreibt in seinem berühmten Traité de la paralysie générale des aliénés unter den Troubles de la I. période: Les aliénés par veranie (sc. progressive) ont en effet très-souvent de la photophobie, des mouches volantes, des phosphènes, de la chromopsie; il en est qui voient des taches jaunes sur des draps blancs, qui voient des corps entourés d'une lumière blanche comme il arrive d'ailleurs à certains migraineux."

Charcot und Parinaud beobachteten die Migraine ophthalmique

ebenfalls im Beginn der progressiven Paralyse.

Ebenso veröffentlichte Blocq einen solchen Fall, in dem es sich um eine Frau handelt, die an Anfällen von Taubheit in der rechten Körper-hälfte mit Sprachbeschwerden litt. Plötzlich nahm sie links Funken wahr

und erblickte Gegenstände nur noch zur Hälfte. Nachher heftiger Stirnkopfschmerz, galliges Erbrechen. Im Uebrigen war sie ausgesprochene Paralytica progr.

Zacher (Berliner klinische Wochenschrift 1892) beschrieb einen Kranken, der als Kind eklamptisch und später Nachtwandler war und an monatlichen Anfällen von Erregung, Verwirrtheit, Abwesenheit, Sinnestänschungen litt, die mit Schlaf und Amnesie endeten Denselben gingen linksseitige Kopfschmerzen voraus mit Sehstörungen: es traten hellglänzende Scheiben oder Vibriren der linken Hälfte von Gegenstäuden hervor.

Widmark (Klinisches Monatsblatt für Augenheilkunde, September 1890) theilt ebenfalls mehrere Fälle von Migraine ophthalmique mit.
Nachstehend erlaube ich mir meinerseits die Casuistik um einen selbst

Nachstehend erlaube ich mir meinerseits die Casuistik um einen selbst beobachteten Fall zu vermehren.

Es handelt sich dabei um einen ca. 60jährigen erblich mehrfach neuro und psychopathisch belasteten Herrn, dessen beide Eltern nervenkrank waren, ein Sohn von Vaters Bruder war geisteskrank, mehrere seiner Brüder nervenkrank, mit Krämpfen (Epilepsie?) behaftet, andere Brüder frühzeitig kablköling.

Als Kind machte er schweren Scharlach durch, danach wurde er schwerhörig. Schon als 17jähriger quälte er sich mit hypochondrischen Gedanken, hatte er ein Gefühl der Oede und Leere. Ohne geschlechtlich frühreif (?) zu sein, hatte er mit 19 Jahren öfter Pollutionen, die ihm sein ganzes Leben hindurch folgten. Er blieb unverheirathet, über rebeitete sich dienstlich, lebte dabei häufig unregelmässig.

Ende der 20er Lebensjahre war er schon ein ausgesprochener Neurastheniker mit allerlei Phobien und sonstigen Erscheinungen, die im Laufe der folgenden 3 Dezennien immer mehr an Umfang und Intensität zunahmen, Anfälle aller Art, Angstanfälle, vasomotorische Attaquen mit stenocardieähnlichen Erscheinungen, Polyurie, Wuthanfälle bis zur Zerstörungssucht und andere neurasthenische Zufälle wechselten sich ab. Ein ganzes Heer hypochondrischer Vorstellungen, Uebertreibungen bestehender geringfügiger Leiden, falsche Deutung und fehlerhafte Beziehung derselben beschäftigten ihn in proteusartigem Wechsel. Schmerzen, Parästhesien, Unlustgefühle jagten einander, jeder Tag, jede Stunde fast brachte Neues. Die Lehrbücher der Neurasthenie enthalten keine Erscheinungen, die Patient nicht geklagt hätte.

Auf der Basis der Arteriosolerose erlitt er vor etwa einem Jahre eine Hirnbämorrhagie mit rechtsseitiger Hemiplegie durch sogenannten langsamen Insult. Die Extremitätenlähmung besteht noch heute in ihrer klassischen Form und bietet ihm Anlass zu erneuten nun allerdings in der Richtung substanziirten Klagen. Erscheinungen, die nur als secundäre Degeneration der Pyramidenbahnen gedentet werden können, z. B. Contracturen, ängstigen ihn ausserordentlich, so dass er an angiospastische Attaquen erinnernden Affectzuständen unterworfen ist. Der Schlaf leidet darunter sehr.

Mehrfach schon, während er angeblich im dunklen Zimmer wachlag, batte er auf dem linken Auge Lichterscheinungen, die er genau folgendermassen schildert, wenn er bei seiner hohen Bildung selbstthätig die prägnantesten Fälle zusammenstellt:

Bei geschlossenen Augen traten etwa in der Trennungslinie der äusseren und inneren Gesichtsfeldhälfte zackige, blitzfigurenähnliche, helle, schnell zuckende Lichterscheinungen auf, denen bald solche in der ganzen äusseren Hälfte des Gesichtsfelds nachfolgten. Die letzteren waren derartig, dass er den Eindruck hatte, als ob er in hellerleuchtete Bienenwaben oder in ein Schachbrett blickte; die einzelnen Oeffnungen oder Felder verengerten und erweiterten sich, zogen sich vom Auge zurück, kamen näher, blieben in längerer wie elastischer Bewegung, dazwischen kam die abgrenzende Blitzlinie in der Mitte der linken Augenhälfte. Die Figuren waren lichthell, auch hellfarbig.

Die Dauer solcher Anfälle betrug früher mehrere Minuten, zuletzt bis zu einer Stunde. Schon in früheren Jahren will er öfter ähnliche Anfälle gehabt haben; aber dieselben traten ausser des Nachts auch am Tage auf, während er las oder schrieb. Die Buchstaben und Reihen flossen dann durcheinander, tanzten vor ihm und schliesslich kamen die Flimmerscotome. Den Anfällen ging stets eine deutliche Anra vorauf, bestehend in Uebelkeit, Unbehaglichkeitsgefühl, Herzempfindungen, Palpitationen, Verstimmung.

Bald nach Verschwinden der Lichterscheinungen auf dem linken Auge stellten sich jedesmal rechtsseitige Migräneschmerzen ein, die sich zu bedeutender Heftigkeit steigerten, Nach den Anfällen entleerte Patient stets sehr grosse Mengen sehr diluirten Urins ohne Zucker und Eiweiss und von sehr niederem specifischem Gewicht.

Die Anfälle von Migraine ophthalmique sind in letzter Zeit, besonders seit dem apoplectischen Insult, entschieden heftiger geworden. Der Kranke selbst hat wenigstens diesen Eindruck gewonnen. Patient ist Astigmatiker. Anästhetische Zonen sind nicht vorhanden.

Neben den hemiplegischen und diesen Augen-Erscheinungen spielen fortgesetzt die allerverschiedensten neurasthenischen Symptome eine Rolle, unter denen ihm zeitweilig subjectiv die Polyurie am Lästigsten ist. Es will mir scheinen, als ob die anderweitig neuerdings gemachte Erfahrung, dass Amylenhydrat günstig gegen Polyurie wirke, auch bei meinem Kranken sich bestätige. (Allerdings nahm Letzterer eine Mischung von Paraldehyd [4,0] und Amylenhydrat [2,0-3,0].) Der sonst viel an Obstipation leidende Patient hatte ausser der schlafmachenden von dießer Zusammensetzung noch eine purgirende Wirkung. Vielleicht steht die Abnahme der Urinsecretion in directem Verhältniss zur Steigerung der wässerigen Excretion aus dem Darmtractus. Ich habe darüber keine Erfahrungen, halte den Zusammenhang jedoch nicht für unmöglich. Die mehrfach vorgenommene ophthalmoscopische Untersuchung hat negatives Resultat ergeben.

Nicht unterlassen möchte ich, darauf hinzuweisen, wie bei meinem Patienten die Augenerscheinungen sich auf dem linken Auge abspielen, während die Schmerzen rechterseits auftreten. Diese Beobachtung scheint die typische Hemicrania ophthalmica zu kennzeichnen.

Hemicrania ophthalmica ist wohl als eine organische Erkrankung sui generis zu betrachten, die man bei schwer Nerven- und Geisteskranken nicht allzu selten findet. Die Prognose ist recht ungünstig. Von vorübergehendem Einfluss scheint Brom und eine electrische Behandlung zu sein.

II. Original-Vereinsberichte.

T.

Dritter internationaler Congress für Psychologie in München vom 4.—7. August 1896.

Der nunmehr vorliegende Bericht über die Verhandlungen des 3. internationalen Congresses für Psychologie ist geeignet, das Interesse aller Aerzte in Anspruch zu nehmen, welchen die Theilnahme an demselben versagt war, kann jedoch nur ein sehr unvollkommenes Bild von den wissenschaftlichen Leistungen dieser Versammlung liefern. Nur ein sehr kleiner Theil der gehaltenen Voiträge ist nämlich in extenso wiedergegeben, von dem weit grösseren Theile derselben enthält der Bericht nur zumeist sehr dürftige Auszüge (Autorreferate), daneben finden sich jedoch auch Adszüge ans Vorträgen, welche angektindigt, aber nicht gehalten wurden. Von den Vorträgen, welche in den allgemeinen Sitzungen stattfanden, hat unstreitig der Flechsig's "Ueber die Associationscentren des menschlichen Gehirns mit anatomischen Demonstrationen" am meisten Interesse bei den Congress. theilnehmern erregt. Der Congressbericht bringt jedoch nur eine Darstellung, welche schon vor der betreffenden Sitzung gedruckt wurde, und die thatsächlichen Ausführungen des Autors, wenigstens soweit dieselben das psychologische Gebiet betreffen, nur zum geringeren Theil enthält. Die etwas erregte Discussion, zu welcher des Flechsig'sche Vortrag Anluss gab, ist nicht verständlich, ohne Berücksichtigung des Umstandes, dass, während die anatomischen Entdeckungen Flechsig's allgemein die vollste Auerkennung fanden, die psychologischen Erörterungen, welche der Autor an dieselben knupfte, zum Theil nicht blos bei den Philosophie-Professoren, welche sich als die Psychologen von Fach betrachten, sondern bei allen mit dem derzeitigen Stande der Psychologie Vertrauten Befremden hervorriefen.*) Die Bemerkungen, zu welchen sich Professor Lipps den von Flechsig geäusserten Ansichten gegenüber fortreissen liess, dass bis auf weiteres der Gehirnanatom, der Physiologe und der Psychologe, jeder httbsch auf seinem Gebiet bleiben möge, wurde zwar von Forel und Dechtereff energisch zurückgewiesen, aber in den ärztlichen Kreisen das Bedauern darüber nicht beseitigt, dass ein so hervorragender Gehirnanatom und Psychiater durch seine Unzulänglichkeit auf psychologischem Gebiete zu derartigen Aeusserungen überhaupt Anlass geben konnte. Die Philosophieprofessoren, welche geneigt sein mögen, sich als die berufenen Forscher auf psychologischem Gebiete zu fühlen und die ärztlichen Leistungen auf demselben als Amateur-Arbeit zu betrachten, dürften immerhin durch die Bemerkungen Dechtereff's zu einer richtigeren Würdigung ihrer Stellung zur Psychologie angeregt worden sein.

^{*)} Das Gleiche gilt für die anatomischen Ausölicke, welche Fl. eröffnete. So wurde z. B. die alsbaldige Entdec' ung jener Fasermassen in Aussicht gestellt, welche der willkürlichen Lenkung des Vorstellungsablaufes dienen, wie die Pyramidenfaserung der Leitung der Willensimpulse für die Bewegung dienen.

Von den übrigen in den allgemeinen Sitzungen gehaltenen Vorträgen sind für den Mediciner von besonderem Interesse: der Vortrag Sergi's, "Dove e la sede delle emozioni", in welchem dieser Autor zu dem Schlusse gelangt, dass der Bulbus das gemeinsame Affectcentrum ist, und die Mittheilung Pierre Janet's, L'influence somnambulique et le besoin de direction", in welcher dargelegt wird, dass der Einfluss des Hypnotismus sich bei Hysterischen in verschiedener Weise über die Zeit der Hypnose binaus erstreckt.

Von den Verhandlungen der einzelnen Sectionen seien hier folgende Vorträge erwähnt:

Von der Section I (Anatomie und Physiologie des Gehirns, Physiologie und Psychologie der Sinne, Psychophysik):

M. L. Patrizi (Sassari, Sardinien): Primi experimenti intorno all'influenza della musica sulla circolazione del sangue nel cervello umano.

Theodor Kaes: Ueber den Markfasergehalt der Hirnrinde bei einem zweijährigen microcephalischen Mädchen und bei einem 25jährigen macrocephalischen weiblichen Zwerge, mit Demonstration einer grossen Anzahl von Zeichnungen.

Jules Courtier (Paris): Recherches sur l'influence exercée par les émotions sur la circulation capillaire.

N. Wedensky (St. Petersburg): Contribution à l'étude de l'innervation centrale.

Von der Section II (Psychologie des normalen Individuums).

L. Edinger: Kann die Psychologie aus dem heutigen Stande der Hiroanatomie Nutzen ziehen?

Jean Philippe (Paris): Algésimetre pour controler l'appréciation de la douleur.

Von den in dieser Section vertheilten gedrackten Mittheilungen:

- A. Lehmann (Kopenhagen): Ueber die körperlichen Aeusserungen psychischer Zustände. Von den Ausführungen des Autors sei hier nur folgender Satz erwähnt: "Die körperlichen Aeusserungen eines Affectes treten später als die Gemüthsbewegung ein und dauern noch fort, lange nachdem der psychische Zustand aufgehört hat. Die Hypothese, dass die Gemüthsbewegung sich von den körperlichen Veränderungen ableiten lasse, ist also nicht stichhaltig"
- H. Obersteiner: Die materiellen Grundlager des Bewusstseins. Der Autor schliesst seine kurze Skizze mit der sehr beachtenswerthen Bemerkung: "Allerdings ist die Integrität der Hirnrinde bis zu einem gewissen Punkte conditio sine qua non eines normalen Vorstellungsablaufes, dennoch sind wir nicht im Stande, in unseren jetzigen anatomischen Kenntnissen die genügenden Grundlagen für das Verständniss der seelischen Vorgäuge zu finden; dieselben sind also zwar keiner anatomischen, wohl aber einer physiologischen Untersuchung zugänglich.

Von der Section III (Psychopathologie und criminelle Psychologie):

M. Mendelssohn (St. Petersburg): Die psychophysischen Gesetze in der Nervenpathologie.

v. Strumpell: Zur Pathologie des Gedächtnisses.

- Pierre Janet: Note sur le temps de réaction simple dans leur rapport avec les maladies de l'attention.
- G. As chaffenburg: Psychologische Versuche an Geisteskranken.
- Grashey: Genese der affectiven Wahnideen.
- W. Giuffrida-Ruggeri (Rom): Sul significato diagnostico dei segni somatici abnormi dedotto dalla percentuale, con la quale essi segni presi singolarmente si presentano nelle singole degenerazioni psichiche.
- G. Mingazzini: Sur valore morfologico dei segni degenerativi.
- J. B. Crocq: L'hérédité en psychopathologie.
- H. Gutzmann: Ueber die Heilung der functionellen und organischen Aphasien.

Von der Section IV (Psychologie des Schlafes, des Traumes, der hypnotischen und verwandter Erscheinungen).

- M. Bramwell (London): On the so-called automatism of the hypnotised subject.
- E. Hiecker: Ueber das Verhältniss der psychischen Behandlung im Wachzustande zur hypnotischen Therapie.
- O. Näck e: Ueber Criminalpsychologie.
- A. Voisin: Traitement des certaines formes d'aliénation mentale par la suggestion hypnotique.
 - Von der Section V (Vergleichende und pädagogische Psychologie).
- J. Friedrich, Lehrer (Würzburg): Untersuchungen über die Einflüsse der Arbeitsdauer und der Arbeitspausen auf die geistige Leistungsfähigkeit der Schulkinder.
- J. Cohn: Beiträge zur Kenntniss der individuellen Verschiedenheiten des Gedächtnisses.
- G. Hirth: Thesen zu einer Lehre von den "Merksystemen".
- E. Bérillon (Paris): Les principes de la pélagogie suggestive et préventive.

Besonders zu erwähnen ist dann noch der hochinteressante, mit Demonstration eines Apparates verknüpfte Vortrag, welchen Sommer vor den vereinigten Sectionen I, III und IV hielt: "Eine graphische Methode des Gedankenlesens". Derselbe ist in dem Berichte leider nur durch einen ganz und gar unzulänglichen Auszug vertreten.

Wie aus dem Angeführten ersichtlich sein dürfte, ist durch den Congress eine reiche Fülle wissenschaftlichen Materials zu Tage gefördert worden, von welchem sich vielleicht manches als Spreu, vieles dagegen voraussichtlich als bleibender wissenschaftlicher Gewinn erweisen wird. Der Congress hat sich aber noch in anderer Richtung nützlich erwiesen: er hat das Interesse für Psychologie in weiten Kreisen und speciell bei den Aerzten angeregt und wir können nur wünschen, dass diese Anregung eine nachhaltige sein möge.

L. Löwenfeld.

II.

Berliner Gesellschatt für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. Januar 1897.

Pelizaeus: Demonstration a) eines Falles von Thomsen'scher Krankheit, b) eines ungewöhnlichen Falles von progressiver Atrophie. (Autorreferat.)

69) P. stellt einen 27jährigen Mann vor, der an Myotonie leidet und zwar an einer Form, die sich von der gewöhnlichen unter dem Namen Thomsen'scher Krankheit, Myoton'a congenita beschriebenen in mehrfacher Beziehung unterscheidet. Während diese Erkrankung in der Regel eine angeborene ist oder wenigstens schon in den ersten Lebensjahren sich zeigt, handelt es sich in dem vorgestellten Falle um eine erst später entstandene Myotonie, da der Kranke erst gegen Ende des 19. Lebensjahres bemerkte, dass er nicht mehr so gut und flink zugreifen konnte und auch in der Bewegung der Füsse und Beine sehr behindert war. Jetzt sind die characteristischen myotonischen Bewegungsstörungen ausserordentlich deutlich und gut aus. gesprochen, ebenso sind die myotonischen Reactionen der Muskeln und Nerven auf mechanische und electrische Reizung die characteristischen. Dagegen ist es nicht gelungen, die von Erb als pathognomonisch angesehenen wellenförmig fortschreitenden Contractionen zu erzielen. Es ist nun interessant, dass bei einer 5 Jahre jüngeren Schwester sich genau dasselbe Leiden findet und zwar ebeufalls Ende des 16. Lebensjahres beginnend. Bei näherem Vergleich mit der typischen Thomsen'schen Krankheit finden sich noch einige Abweichungen. Erstens sind die Flexoren stärker betheiligt als die Extensoren. Schliesst der Kranke kräftig die Hand zur Faust, so hält es ihm ausserordentlich schwer, dieselbe wieder zu öffnen; er beugt das Handgelenk, um die Beuger möglichst zu entspannen, und dann gelingt es erst langsam, die Finger und später das Handgeleuk zu strecken. Ausserdem findet sich, während beim eigentlichen Morbus Thomsen die Muskulatur eine herkulische ist, hier, die eine eher als schwach und wenig entwickelte zu bezeichnen ist. Neben der myotonischen Veränderung der gesammten willkurlichen Muskulatur mit Ausnahme der Augenmuskeln, wogegen Zunge, Gesichts- und Gaumenmuskeln deutlich myotonisch reagiren, findet sich eine ausgesprochene Atrophie beider Deltoidei, der Schultermuskulatur und beider Daumenballen. In diesen atrophischen Muskelpartien ist die Anoden-Schliessungszuckung deutlich stärker und träger als die Kathoden-Schliessungszuckung; eine Reaction, die als E. A. angesehen werden muss. Bei der Schwester des Kranken ist Atrophie noch nicht so ausgesprochen, aber an dem Beginn derselben ist nicht zu zweifeln. Ausserdem sind noch einige Erscheinungen bei dem vorgestellten Patienten vorhanden, die auf eine beginnende Erkrankung des verlängerten Marks hinweisen. Die Sprache ist ausgesprochen nasal, undeutlich, beim Blasen entweicht die Luft durch die Nase. Der Schluss des Mundes ist nicht fest und der Kranke verschluckt sich leicht. Im Gegensatz zu der normalen Myotonia congenita zeigt die Erkrankung einen ausgesprochen progressiven Character. Digitized by Google

Discussion.

Jolly macht auf die Achnlichkeit dieser Fälle mit dem von ihm vorgestellten*) aufmerksam, bei dem sich bei einer Myotonia acquisita ebenfalls eine Atrophie einzelner Muskelgruppen fand. Es finde sich also seine damals geäusserte Ansicht, dass es sich in diesen Fällen um eine spinale Erkrankung handelt, bestätigt.

Remak erwähnt, dass Hoffmann **) einen Fall von Thomsencher Krankheit mit doppelseitiger Neuritis des Nerv. med. beschrieben hat; es zeigen die genannten Fälle von Hoffmann und der vorgestellte, dass die als primäre Muskelerkrankung aufzufassende Thomsen'sche Krankheit sich mit Neuritis und centralen Störungen verbinden kann.

70) Pelizaeus stellt weiter einen Fall von eigenthümlicher progressiver Atrophie vor, wie ein solcher seines Wissens in der Litteratur noch nicht beschrieben ist. Es handelt sich um ein öjähriges intelligentes Mädchen, welches von gesunden Eltern stammend, bis zum September 1895 vollständig gesund war. Damals bemerkten die Angehörigen des Kindes, dass die Kleine mit dem linken Bein nicht ordentlich auftreten konnte. Aeusserlich war an demselben kaum etwas zu bemerken, keine Schmerzen, keine Röthung oder Druckempfindlichkeit Im März 1896 wurde ein Schienenapparat angelegt. In die Augen fallende Erscheinungen an der Haut des Beines wurden nicht bemerkt. Mit dem Schienenapparat lief die Kleine dann herum bis zum November. Im Laufe des Sommers habe sich daun allmählich das jetzige Aussehen des Beines herausgebildet und seit April 1896 bemerkte dann die Mutter auch eine Schwäche, Steifigkeit und Ungeschicklichkeit des linken Arms.

Zur Zeit ist nun das Krankheitsbild folgendes: Das liuke Beiu ist in seiner Gesammtheit atrophisch, besonders der Unterschenkel. an diesem eine starke Verfärbung in röthlichen, z. Th. mehr braunen atrophischen Streifen; die Haut fasst sich sehr derb an, umschliesst fest und hart das Fussgelenk und den ganzen Unterschenkel. Der Fuss zeigt beginnende Equinusstellung und ist kaum beweglich, nicht allein in Folge Schrumpfung der Haut, sondern auch der Bänder um das Gelenk herum. Die Muskulatur am Unterschenkel fühlt sich derb und hart an, das Volumen derselben ist deutlich reducirt. Die Sehnen, besonders die Achillessehne, sind schlaff gespannt. Am Oberschenkel sieht man an der Vorderseite mehrere, stark atrophische Vertiefungen bildende Hautstellen und flächenförmige weissliche Verfärbung. Die ganze Muskulatur des Oberschenkels, weniger die der Glutäalgegend ist derb und hart, das Kniegelenk lässt sich nicht vollständig strecken, die Sehnen an der Unterseite desselben springen als harte steife Stränge hervor. Das Kind kann das Gelenk nur wenig beugen, dagegen die Zehen noch etwas bewegen. Beim Auftreten ist das Kniegelenk gebeugt, das Kind tritt nur mit der Spitze des Fusses auf, die Ferse berührt den Boden nicht. Der linke Arm ist deutlich kürzer und schwächer als der rechte. Die Haut ist noch wenig verändert, doch fiuden sich auf beiden Seiten einige quer verlaufende atrophische Stellen, die zum Theil deutlich

^{**)} Zeitschrift für Nervenheilkunde, IX. Bd. p. 272.



^{*)} Sitzung vom 13. Januar 1896.

sichtbar sind, theils mehr bei der Palpation bemerkt werden. liegt an der Beugeseite derb an, ohne gerade atrophisch zu sein. Muskeln fühlen sich derb und hart an, die Bewegungen sämmtlicher Finger sind in Folge Contractur der Beugesehnen behindert, besonders aber der Mittelfinger und etwas weniger der vierte. Die Sehnen beider Finger springen genau wie bei der Dupuytren'schen Fingerverkrümmung als straffe starre Stränge hervor, welche die kaum veränderte Haut der vola manus emporheben. Die Fingergelenke sind stumpfwinklig contracturirt, nicht zu strecken. Am Oberarm sind keine Veränderungen sichtbar, doch ist derselbe etwas schwächer als rechts und fühlt sich derber an. Bewegungen im Ellbogengelenk und in der Schulter sind frei. Es handelt sich also um eine fortschreitende spastische Lähmung, die vom Bein auf die Hand derselben Seite sich verbreitet hat, mit einer Sklerose und Atrophie nicht allein der Haat, sondern auch der Fascien und Gelenkbänder und Muskeln einhergeht. Die electrische Untersuchung im Verein mit Dr. Lähr vorgenommen, ergiebt nur Herabsetzung der Erregbarkeit gegen beide Stromarten. Vortragender ist der Ansicht, dass das ganze Krank. heitsbild sehr an die progressive Gesichtsatrophie erinnere, man aber auch an Sklerodermie denken könne.

Bruns meint, dass es sich um Sklerodermie handelt und erwähnt einen Fall von Schulz in Braunschweig, der zur Section gekommen ist und starke Betheiligung der Muskulatur zeigte. Auch habe er einen Fall von Sklerodermie gesehen, der sich auf das eine Bein beschränkte. Characteristisch für Sklerodermie seien die eigenthümlichen Veränderungen der Haut.

Jolly bemerkt, dass Sklerodermie doch gewöhnlich symmetrisch auftrete.

Bernhardt äussert, die Hautaffection erinnere in der That an Sklerodermie. In einem von Mendel und Virchow beschriebenen Fall wäre eine eigenthümliche Atrophie nicht nur im Gesicht, sondern auch in der einen oberen Extremität vorhanden gewesen; und zwar seien dabei in ähnlicher Weise Muskeln und Haut erkrankt gewesen.

Remak erwähnt 2 Fälle von partieller Sklerodermie; einer bei einem Dienstmädchen, das keine Beschwerden ausser Kältegefühl im Bein hatte, übrigens ohne irgend welche Beweglichkeitsbeschräukungen der Gelenke, während der andere Fall solche aufwies. Es kämen also Verschiedenheiten vor. Er möchte auch den vorgestellten Fall für Sklerodermie halten.

Mendel glaubt das auch. Der von Bernhard erwähnte Fall sei von Vielen beschrieben, von ihm autopsirt worden. Es handelte sich lediglich um Atrophie der Haut mit Atrophie der Muskelu.

Oppenheim bemerkt, dass Fälle von Hemiatrophia facialis, die sich allmählich auf einer ganzen Körperseite ausbreiten, sowohl auf derselben wie auf der entgegengesetzten, in der Litteratur behandelt sind. Ihm begegne bei den Trophoneurosen so viel Unklares, dass die grösste Vorsicht geboten erscheine.

Remak: Während bei Atrophie normale Falten erhoben werden können, sei es für Sklerodermie charakteristisch, dass man keine Hautfalten emporheben könne.

Jolly scheint die absolute Einseitigkeit der Veränderungen gegen Sklerodermie zu sprechen, die er nur symmetrisch gesehen habe. Auch habe er bei Hemiatrophia facialis keine vollständige Verschiehlichkeit der Haut, sondern Straffheit beobachtet. Die Flecke kämen auch dabei vor. Es scheine ihm eher eine Analogie mit der Hemiatrophia facialis zu bestehen, als dass es sich um eigentliche Sklerodermie handle.

Pelizaeus meint, dass wenn auch die Veränderungen der Hant denen bei der Sklerodermie durchaus entsprechen, man doch nicht sagen köune, dass es sich um einen Fall von Sklerodermie handle, da zuerst die Muskeleikrankungen und dann erst die Hauterkrankung aufgetreten sei. An der Hand und dem Vorderarm könne von einer stärkeren sklerodermatischen Veränderung nicht die Rede sein, während die Sklerose der Muskeln, die Anspannung der Sehnen und die Contractur der Gelenke doch schon eine sehr ausgiebige sei.

71) Mendel: Trauma als Ursache von Tabes und multipler Sklerose.

M. weist zunächst auf die eminent practische und auch wissenschaftliche Bedeutung bin, welche die Frage der Bedeutung des Traumas durch die Unfallgesetzgebung gewonnen hat. Was die Tabes betrifft, so verweist er bezüglich der Litteratur auf die 1894 erschienene Arbeit von Hitzig, welcher alle Thatsachen zusammengestellt habe und zu dem Schluss komme, dass es eine besondere Krankheit, traumatische Tabes, nicht gebe, dass man aber bei einer Anzahl von Fällen trotz aller Skepsis nicht umhin könne, zu sagen, hier habe das Trauma allein oder zusammen mit einer Erkältung die Erkrankung hervorgerufen. Da die Autoren seitdem nichts wesentlich Neues gebracht hätten, sei also das Bestehen einer traumatischen Tabes mit absoluter Sicherheit nicht erwiesen. Von y von M. selbst begutachteten derartigen Fällen liess sich bei 7 das Bestehen der Tabes vor dem Trauma nachweisen. Die Krankengeschichten der zwei übrigen Fälle theilt M. in Kürze mit. Ein 27jähriger Mann, dem das rechte Bein 1370 in Folge einer Zerschmetterung durch einen Granatsplitter amputirt war, bemerkte 1873 zuerst ein tanbes Gefühl an der Stelle, wo die Bandage aufsass, das später auch im linken Bein eintrat. Im Verlauf der nächsten Jahre entwickelte sich das ausgeprägte Bild der Tabes, an der er 1879 zu Grunde ging. Obwohl dieser Fall für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Tabes zu sprechen scheine, könne doch hier auch eine später nachgewiesene und 6 Jahre vor dem Beginn der Erkrankung erfolgte syphilitische Infection zusammen mit der psychischen Erschütterung durch die schwere Verletzung in Betracht kommen. Der zweite schwieriger zu beortheilende Fall betrifft einen 42jährigen Böttcher, der im April 1891 9 Meter tief in einen Bottich herabfiel. Nach kurzer Arbeitseinstellung arbeitete er noch über 3 Jahre weiter Dann konnte er nichts mehr thun. Von einem Arzt wurde Tabes festgestellt. Es ergab sich, dass er ein Vierteljahr nach dem Unfall vorübergehende Schmerzen, 6 Monate später Blasenbeschwerden bekommen hatte und nach einem Jahre nur noch leichte Arbeit leisteu konnte. Vortragender kam daher in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass der Unfall hier einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der typischen Tabes gehabt habe. Aber auch in diesem Fall könne er nicht mit Sicherheit als alleinige Ursache derselben hingestellt werden, da Patient in der Brauerei sehr viel Bier getrunken und lange Zeit in einem dumpfigen Kellerraum gelebt habe. In einer Reihe von Fällen hat M. die Erfahrung gemacht, dass ein verhältnissmässig leichter Unfall einen bereits Tabischen völlig erwerbsunfähig machen könne. Ganz anders verhalte es sich mit der multiplen Sklerose. Nach Besprechung der Litteratur erwähnt M., dass die Fälle, wo die Erkrankung erst etwa 10 Jahre nach dem Unfall eingesetzt habe, einer Kritik kaum Stand hielten. In 4 eigenen Fällen ist ihm nicht zweifelhaft, dass das Trauma die multiple Sklerose verursacht hat. Ein 32jähriger Eisenarbeiter, der vor 8 resp. 5 Jabren Pocken und Scharlach gehabt hatte, stürzte im August 1887 7 Meter herab. Nach 3wöchentlicher Krankenhausbehandlung und ebenso langer Erholung versuchte er vergeblich wieder zu arbeiten. mehrfach poliklinisch behandelt, klagte meist über Athembeschwerden und ein Globusgefühl im Halse. Uebereinstimmend wurde die Diagnose Neurasthenie und Hysterie gestellt und er wurde auch mit scheinbar günstigem Erfolge hypnotisirt. Allmählich wurden aber die Zeichen der multiplen Sklerose immer deutlicher, so dass er einen klassischen Fall darstelle. habe sich die Krankheit im Anschluss an den Unfall allmählich unter seinen Augen entwickelt. Der zweite Fall ist ein 26jähriger Landarbeiter, der früher gesund, beim Einladen von Korrsäcken in Wagen ausglitt, wobei der 2 Centner schwere Sack den Rücken die Wirbelsäule eutlang herunter gerutscht sei. Patient bekam Erbrechen, arbeitete aber den nächsten Tag und noch 3 Wochen weiter. Februar 1893 wurde in einer Universitätsklinik multiple Sklerose festgestellt. Während alle Aerzte, welche ihn zu begutachten hatten, erklärt hatten, dass multiple Sklerose durch ein Trauma nicht entstehen könne, legte M, den entscheidenden Werth anf den auf die Wirbelsäule ausgeübten unvermittelten starken Druck und kam zu dem Schluss, dass die Erkrankung auf den Unfall als Ursache zurückzuführen Der dritte Fall betrifft einen 48jährigen Landbriefträger. 1889 stolperte derselbe über einen Zaun, war eine halbe Stunde bewusstlos und behielt davon eine Sprach- und Gehstörung zurück, versah aber trotzdem seinen Dienst weiter. Ein zweiter Unfall traf ihn 1890. Er wurde beim Durchgehen des Pferdes vom Wagen geschleudert und erlitt eine Contusion des Schädels und der Wirbelsäule. Nun bildeten sich rasch die Symptome der multiplen Sklerose in typischer Weise heraus, aur trat hier besonders die atactische Form auf, ausserdem Anfälle von explosivem Lachen. 1892 war er völlig dienstunfähig. Als vierten Fall erwähnt M. einen i. 6 jährigen Mälzer, welcher im Februar 1891 in einen Bottich mit Wasser von 10 bis 110 R. fiel, als er bei der Arbeit über und über mit Schweiss bedeckt Er zog sich um and arbeitete weiter, bis er im März 1892 die Arbeit einstellen musste. Eine schwere Rückenmarkserkrankung wurde diagnosticirt, seine Ansprüche wurden aber abgewiesen, weil man nicht annahm, dass der Unfall die Ursache der Krankheit wäre. Durch das Reichsversicherungsamt mit der Begutachtung betraut, stellte M. Eihebungen über die Zwischenzeit zwischen Unfall und Arbeitsunfähigkeit an. Zeogenaussagen ergaben, dass er 4-6 Wochen nachher mude erschien, dann über Rheumetismus klagte und einige Monate später nur mit leichter

Arbeit betraut werden konnte. Damit wäre ein Bindeglied zwischen Unfall und Arbeitsunfähigkeit gegeben.

Mendel geht des Weiteren ausführlich auf die Frage ein, ob nicht die verschiedenen anatomischen Befunde die Ursache für die auffällig verschiedene Reaction auf das Trauma bei Tabes und multipler Sklerose bilden. Bei der ersteren liesse es sich ja schwer erklären, wie eine Verletzung gerade ein bestimmtes Neuron zur Erkrankung bringen sollte. Dagegen gehe die multiple Sklerose nach der Ansicht der Meisten von einer Gefässerkrankung aus und nach der Gussenbauer'schen mechanischen Theorie von der Wirkung der Wirbelsäulenerschütterung auf die Cerebrospinalflüssigkeit und damit auch auf die Gefässe sei daher die Entstehung der multiplen Sklerose nach Traumen eher verständlich. Indessen werde man eine gewisse Prädisposition zu einer solchen annehmen müssen, da ja viele Leute Traumen des Rückenmarks und auch Erkältungen erlitten, ohne an multipler Sklerose zu erkranken. Aber diese Prädisposition sei nicht bloss eine congenitale, sondern könne unter Umständen auch erworben werden. Denn wenn einige eine Entstehung der multiplen Sklerose durch Infectionskrankheiten annähmen, so liesse sich sagen, dass bei nicht voller Wirkung nicht die Erkrankung, sondern die Disposition dazu geschaffen werde. Vortragender wollte nur darauf hinweisen, dass multiple Sklerose unzweifel. haft durch ein Trauma entstehen könne, und dass es nicht überflüssig sei, das zu veröffentlichen, gehe daraus hervor, dass eine Reihe von zum Theil hervorragenden Aerzten der Ansicht seien, multiple Sklerose könne nicht durch ein Trauma hervorgerufen werden.

Discussion.

Crohn hat bei einer Frau mit typischer Tabes, die er mehrere Jahre nach dem Trauma, einem Sturz von der Höhe einer Etage, sah, ausserdem eine sensibel-sensorische Hemianästhese beobachtet. Die Patientin könne zu ihrer Tabes traumatische Hysterie bekommen haben, wie solche Fälle von Bernhardt, Oppenheim erwähnt würden. Auch könne möglicher Weise im Verlauf der Tabes ein apoplectischer Insult aufgetreten sein, der durch seinen Sitz im hinteren Abschnitt der inneren Kapsel die Sensibilitäts. störungen erkläre. Ein zweiter Fall ist folgender: Bei einem Herrn wurden erhebliche Transplantationen aus den Beinen gemacht und nicht lange danach traten Symptome einer Ataxie mit Verlust beider Kniereflexe und Herabsetzung der Sensibilität in den Beinen auf. C. habe damals eine stactische Form der Neuritis im Anschluss an das chirurgische Trauma angenommen. Patient sei jetzt ziemlich geheilt. Bei der Annahme einer peripherischen Entstehung der Tabes könne man sich in solchen Fällen eine traumatische Tabes construiren, aber die practische Erfahrung spreche dagegen.

Hitzig: Im ersten Theil habe ihn Mendel richtig so citirt, dass er gesagt hätte, in einer Anzahl von Fällen könne man kein anderes Moment für die Entstehung der Tabes nachweisen als das Trauma eventuell mit Erkältung; im zweiten dagegen, es gäbe keinen Fall, wo der Zusammenhang mit absoluter Sicherheit constatirt sei. Mit einer solchen würde man niemals den Nachweis führen können. Auch über die Einwirkung eines Trauma

auf bestehende Tabes habe er in der erwähnten Arbeit geschrieben und stelle fest, dass er einer Ansicht mit M. sei. Was die Einleitung des Vortrages anbetreffe, so verkenne er gewiss am letzten die Wichtigkeit der Unfallversicherung, müsse aber in der Construirung eines Zusammenhangs von Traumen mit multipler Sklerose entschieden zu grosser Vorsicht mahnen.

Moeli weist darauf hin, dass die experimentell nach Erschütterungen erzeugten Veränderungen des Rückenmarks wesentlich andere seien als bei multipler Sklerose und daher keine Stütze für die Annahme einer derartigen physikalischen mechanischen Entstehungsweise gäben. Früher sei immer der Zusammenhang der multiplen Sklerose mit Infectionskrankheiten und Beschäftigungen betont worden und namentlich nachdem v. Strümpell auf alimentäre Glycosurie bei traumatischen Neurosen aufmerksam gemacht habe, erscheine es ihm plausibler, dass durch das Trauma eine Veränderung des Stoffwechsels gesetzt werde, welche zur Entstehung der Krankheit Veranlassung geben könne.

Bruns schildert einen Fall, wo man kaum anders schliessen könne, als dass ein directer oder indirecter Zusammenhang zwischen dem Trauma und dem Auftreten der Krankheit bestehe.

Flatau hält die Bemerkung Moeli's bezüglich der experimentellen Untersuchungen für nicht richtig, da von einigen Autoren bei Kaninchen nach Rückenmarkserschütterungen Herde angetroffen seien.

Rotmann erwähnt einen derartigen Fall, wo er feststellen kounte, dass Patient schon vor dem Trauma an lancinirenden Schmerzen gelitten habe. Bei bestehender Tabes könne man sich eine schnellere Entwicklung der Krankheit durch ein Trauma wohl denken, da das erkrankte Neuron davon stärker betroffen werden könne als die übrigen gesunden und daher widerstandsfähigeren.

Oppenheim ist vor einer Reihe von Jahren an gleicher Stelle zu dem Schluss gekommen, dass auch in keinem einzigen Fall ein Zusammenhang von Tabes und Trauma erwiesen sei, wohl aber eine Reihe von Fällen existirten, wo sich im Anschluss an den Unfall das Leiden rapider entwickelte. In den meisten Lehrbüchern werde der Zusammenhang zwischen Trauma und multipler Sklerose hervorgehoben.

Moeli fügt Flatau gegenüber hinzu, dass das von Schmaus u. A. experimentell erzeugte und das, was man bei multipler Sklerose sähe, zweierlei sei.

Mendel erwidert Hitzig, dass er das Bindeglied zwischen Unfall und Erkrankung festgestellt habe. Moeli denke sich die Entstehung der Krankheit chemisch, er mit Gussen bauer mechanisch. Vielleicht gehe es auf beiden Wegen, vielleicht auf keinem. Oppen heim autwortet er, dass er nicht gesagt habe, es wäre ihm nicht bekannt, dass das Trauma als Ursache der multiplen Sklerose angesehen würde. Er wisse auch, dass es in den Lehrbüchern, allerdings sehr kurz, angegeben werde. Nur aus dem Studium der Acten habe er entnommen, dass eine grosse Zahl von Aerzten überhaupt an einen derartigen Zusammenbang nicht denke.

Max Edel-Dalldorf.

III. Referate und Kritiken.

A. Anatomie.

- 72) J. Orth: Ueber die Verwendung des Formaldehyd im pathologischen Institut zu Göttingen.
- O. empfiehlt das Formaldehyd u. A. besonders auch für die Conservirung ganzer Gehirne (3-4 Tage in der Flüssigkeit, dann in fliessendem Wasser so lange ausgewässert, bis stehendes Wasser keine Färbung mehr annimmt). Die Markmasse behält ihre weisse, die Rinde und die Kerne ihre graue Farbe, jedes Blut enthaltende Gefässchen, jeder Blutpunkt bleibt sichtbar auf der Oberfläche sowohl wie auf Durchschnitten. Dabei haben die Gehirne eine ausgezeichnete Consistenz und bleiben für die microscopische Untersuchung völlig geeignet. Die weitere Conservirung kann in 6000 Alcohol mit 6000 Formol geschehen.
- 73) Hans Gudden (Tübingen): Ueber die Anwendung electiver Färbemethoden am in Formol gehärteten Centralnervensystem. (Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 1)

Schnitte von beliebig dicken Stücken des Centralnervensystems, die in Formollösung und nachher in Alcohol gehärtet sind, lassen sich einfach durch Einlegen in 0,55% Chromsäure auf 10 Stunden für die Weigert-Pal'sche Methode vorbereiten; sie werden nachher in Wasser abgespült und kurz in 80% Alcohol getränkt. Es empfiehlt sich übrigens, dem Weigert'schen Hämatoxylin einige Tropfen verdünnter Salpetersäure zuzusetzen.

71) Georg Jiberg (Sonnenstein): Färbung des Centralnervensystems im Stuck.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 18.)

Das Wesentliche ist, dass die ca. 1 cm langen Stücke (bei kleinen Thieren die ganzen Gehirne) nach 2—3tägiger Härtung in täglich wechselndem 9; 0 0 Alcohol, in Nissl's Methylenblaulösung 5—10 Tage lang gefärbt werden, wonach sie wieder auf 2—3 Tage in täglich zu wechselnden 960 Alcohol und schliesslich 1—2 Tage zur Aufhellung in Xylol kommen. Die Schnitte kommen dann noch einige Zeit in Xylol und nach Entwässerung in absoluten Alcohol; zuletzt werden sie in Xylolcanadabalsam eingeschlossen.

- I. hält das Verfahren überall da, wo es nicht auf histologische Feinheiten ankommt, für angebracht, da es in kurzer Zeit einen Ueberblick über die Beschaffenheit und Lage aller Ganglienzellennester des behandelten Stückes liefert.

 Hoppe.
- 75) V. Pugliese: Härtung in Paraldehyd-Bichromad-Mischung. (Le soluzioni bicromo-paraldeidiche come mezzi d'indurimento del sistema nervoso.)
 (Rivista sperimentale 1896, p. 867.)
- P. empfiehlt eine $2^1_{\cdot 2} 3^0_{\mid 0}$ Mischung von Bichromat und Paraldehyd zur schnelleren und besseren Härtung. Etwa 35 Tage sollen zur Härtung genügen, die Stücke können aber lange in der Flüssigkeit bleiben, ohne

Digitized by GOOGIC

ihre Elasticität einzubüssen, werden auch nicht brüchig. Zur Behandlung der Schnitte verwendet er weiter Nigrosinlösung durch 10-12 Stunden.

Die von Lacchi empfohlene Lösung $(\bar{2}0^0/_0$ Formalinlösung und $6^0|_0$ Biehromatlösung ua.) härtet zwar schneller, führt aber leicht zu Ueberhärtung und zur Zerstörung der Markscheide. Die Mischung verändert sich auch nach einigen Monaten und bildet Niederschläge.

Klinke (Tost).

76) E. Lugaro (Florenz): Chromatische und achromatische Substanz der Nervenzellen. (Sul valove rispettivo della parte cromatica e della acromatica delle cellule nervose.)

(Rivista di patologia nervosa e mentale 1896, Vol. I, fasc. 1.)

Gedanken, wie sie sich wohl Manchem bei der Betrachtung von Bildern nach Nissl's Methode aufdrängen, führt L. durch, um die verschiedene Anordnung der färbbaren Substanz in den Nervenzellen einheitlich zu erklären - im Gegensatz zu Nissl, der bekanntlich Verschiedenheit der Structur als Anzeichen von Verschiedenheit der Function betrachtet. L. hält die chromatische Substanz für das Negativ der achromatischen, fibrillär angeordneten, impulsleitenden Substanz, dessen Gestaltung und Grösse nur von äusseren Umständen abhänge, 1. von der Zahl und Richtung der Fortsätze und 2. von der Grösse der Zellen. Selbst der Unterschied zwischen den gestreiften (stichochromen) und reticulirten Zellen sei mechanisch zu Es beständen nämlich zwischen den einzelnen chromatischen Schollen, auch der grossen stichochromen Zellen, feine Substanzbrücken (letzteres ist sicher eine Selbsttäuschung, eine ad hoc-Beobachtung, Ref.); werden nun die Zellen kleiner und kleiner, so verkleinern sich auch die Spalten und die Structur wird immer deutlicher netzförmigsteter Uebergang von den grossen Vorderhorn, zu den kleinsten reticulirten Zellen bestehen. Die in die Theorie nicht hineinpassenden Zellen der Spinalganglien werden flink unter der Hand abgefertigt: "In den Zellen der Spinalganglien ist die Structur zwar nicht so deutlich reticulirt wie in den oben genannten, indes die Körperchen sind concentrisch angeordnet und confluiren entweder oder heften sich mehr oder weniger deutlich an einander" (p. 6).

Schliesslich muss L. zugeben, dass seine mechanische Auffassung nicht alle Beobachtungen zu deuten vermag und dass auch der "functionelle Factor" gewisse Formen bestimmt; ja er sieht sich genöthigt, um Verschiedenheiten der Structurdichtigkeit bei Zellen derselben Art zu erklären, noch einen dritten specifischen Factor anzunehmen, über den er sich aber nicht näher auslässt.

E. Trömner.

77) A. Donaggio: Protoplasma-Netzwerk der Nervenzellen. (Sulla presenza di un reticolo nel protoplasma della cellula nervosa.)

(Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XXII. fasc. IV, 1896, p. 862 ff.)

Verfasser arbeitete mit einer von Dogiel und Bethe bereits angewandten, etwas modificirten Methode.

1. Von dem Rückenmark des eben getödteten Thieres werden so rasch wie möglich dünne Querschnitte angelegt.

 Einlegen der Schnitte 1¹/2 Stunden in die Färbeflüssigkeit (Methylenblau B. ➤ 1 Theil: 5000 Theile einer 0,75⁰/oigen Kochsalslösung. Diese, kurz vor dem Gebrauch zubereitet und filtrirt, wird dauernd auf Köpertemperatur erwärmt gehalten.

- 3. Kurzes Abwaschen in physiologischer Kochsalzlösung; Einlegen durch 3 Stunden in die von Bethe angegebene Flüssigkeit (1 gr molybdäns Ammoniak: 1) gr Aq. + 1 gr Sauerstoffwasser + 1 Tropfen chlorige Sänre. Die Flüssigkeit berechnet auf 1 cmc Gewebe.
- 4. Abwaschen in reichl. Wasser 1 Stunde.
- 70° Alcohol durch 12 Stunden, 96° Alcohol ebensolange, schliesslich
 St. abs. Alcohol; Xylol, Einschl. in Paraffin, Aufhellung in Xylol, Einschl. in Xylolcanadabalsam.

Im Körper der Zelle (untersucht wurde Rückenmark kleiner Thiere) sieht man ein dichtes Netz blauer Fäden. Die Maschen des Netzes bilden Rechtecke oder Quadrate oder sind mehr weniger unregelmässig gestaltet und scheinen durch kleine Kreise oder Ringe oder Scheiben zusammenzuhängen. Dieses Netzwerk umgiebt in dichterer Anordnung den meist deutlich abgegrenzten Kern. Letzterer enthält ebenfalls ein Netz von Fäden, das sich aber weniger dicht und weniger intensiv gefärbt darstellt. Die Netzstructur zeigen weiter auch die Protoplasmafortsätze, während am Ursprung des Achsencylinders sich die Fäden nicht mit Sicherheit nachweisen liessen. Endlich bemerkt man am Rand der Zelle und ihrer Fortsätze feine und zahlreiche Fibrillen, die mit dem Netz innerhalb der Zelle sich vereinigen.

Verfasser kundigt eine weitere und ausführlichere Publication an.

Klinke (Tost).

78) Otto Klinke (Tost): Ueber die Zellen der unteren Oliven.
(Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 1)

Nach einer ausführlichen Uebersicht über die bisherigen Angaben der Autoren giebt K. das Resultat seiner Nachprüfung über die Zellen der Oliven und Nebenoliven mit der Nissl'schen Methode. Es zeigte sich, dass der feinere Bau des Zellleibes beim Menschen und bei der Katze keinen Unterschied bietet, wodurch das von Nisslhervorgehobene Factum bestätigt wird, dass beim Menschen und bei den Thieren an gleichen Orten des Centralnervensystems stets Zellen der gleichen morphologischen Beschaffenheit lagern. Das Nähere eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

Норре.

79) D. Mirto und E. Pusateri: Anastomosen zwischen Accessorius und Vagus. (Sui rapporti anastomotici fra il nervo accessorio ed il vago.)
(Rivista di patologia nervosa e mentale 1896, Vol. I, Heft 2.)

Verfasser machten Durchschneidungsversuche am Accessorius des Kaninchens, aus deuen hervorgeht, dass die innere Wurzel des betreffenden Nerven eine beträchtliche Menge Fasern zu den ramis pharyng., laryng. sup., laryng. inf., cardiac. und namentlich zum 1. Depressor beisteuert, dass sie ausschliesslich motorisch ist und, wie die motorischen Vaguswurzeln, dem nucleus ambiguus vagi entstammt, dass dagegen die äussere spinale Accessoriuswurzel keine Zweige an den vagus abgiebt — alles beim Kaninchen.

80) E. Pusateri: Zur feineren Anatomie der Brücke. (Sulla fina anatomia del ponte di Varolio nell'uomo.)

P. behandelte eine Reihe menschlicher Gehirne vom 5. Monat vor bis 2. Monat nach der Geburt nach der Golgi-Methode und beobachtete im Wesentlichen das nämliche, was Ramon y Cajal, Bechterew und Andere schon bei Thierföten gefunden hatten.

1. Die Zellen des Brückengrau gehören dem 1. Golgi'schen Typus an und entsenden ihre Axencylinder in den Kleinhirnbrückenarm z. Th.

derselben, z. Th der entgegengesetzten Seite.

2. Die Pyramidenfasern geben auf ihrem Verlaufe durch die Brücke Collateralen ab, welche sich um die Zellen des Brückengraus verästeln und so mit den unter 1 genannten eine Gross-Kleinhirnbahn bilden.

3. Der mittlere Kleinhirnstiel setzt sich aus auf- und absteigenden Fasern zusammen; erstere entstammen den Zellen des Brückengraus, letztere stellen grösstentheils die Axencylinder der Purkinje 'schen Zellen dar, welche sich theils um die Zellen des Brückengraus, entweder derselben oder der anderen Seite, theils in der substantia reticularis oder im nucleus tegmenti (Bechterew) aufsplittern.

4. Die Fasern der Vorderhirnbrückenbahn verästeln sich um die Zellen

des Brückengraus.

5. Auch die Zellen der substantia reticularis gehören dem ersten Golgischen Typus an und zeichnen sich durch lange und starke Protoplasmafortsätze aus, welche entweder zwischen den fibris arcuat int. verlaufen oder, wenn der Raphe benachbart, die Mittellinie überschreiten und nach den Zellen der anderen Seite hinüberziehen, dergestalt eine protoplasmatische Commissur der Haube bildend. Die Axencylinder der reticularis-Zellen sollen theils die fibras arc. int. begleiten, theils längs der Raphe am Boden des 4. Ventrikels hinziehen.

6. Die Fasern des hinteren Längsbündels geben Collateralen ab zum nucleus funiculi teretis, zur reticularis und zum nucleus tegmenti. E. Trömner.

81) D. Mirto: Die Regio peduncularis und subthalamica. (Sulla fina anatomia delle regioni peduncolare e subtalamica nell'uomo.)

(Riv. di patol. nerv. e ment. 1896, Vol. 1, fasc. 2.)

Untersuchungen (nach der Golgi-Methode) an einigen menschlichen Gehirnen vom 2. Monat vor bis 3 Jahren nach der Geburt ergaben bezüglich der feineren Anatomie der regio peduncularis und subthalamica - nach vorläufiger Mittheilung - folgende Resultate:

I. Substantia nigra betreffend:

1. Die Substantia nigra ist aus verschiedenen Gründen als ein Theil des putamen anzusehen, der durch die Fasern des Hirnschenkelfusses abgedrängt wurde. Ihre Zellen gehören Golgi's erstem Typus an und entsenden ihre Axencylinder zur Haube.

2. Durch Vereinigung all' dieser Axencylinder wird der Fuss der Substantia nigra gebildet, welcher demnach zum späteren intermedium nur äussere Beziehungen hat. Letzteres besteht aus pedunculus-Fasern, welche nur durch die Fasern der Substantia Digitized by Google

nigra auseinandergedrängt sind.

II. Den pes ped. betreffend:

- Es giebt Fasern, welche sich vom Fuss durch die Substantia nigra hindurch der Haube zuwenden.
- 2. Der laterale und mediale Theil des pes. ped. giebt Collateralen ab, welche theils in der Substantia nigra, theils im rothen Kern enden, hier eine wichtige Verbindung zwischen Gross- und Kleinhirn bildend.
- III. Die Zellen der Substantia nigra reticularis sind Analoga der Strangzellen des Rückenmarkes und "dürften" wie diese Fasern zum fasc. anterolat. entsenden.
- IV. Die regio subthal. betreffend:
 - Der Luys'sche Körper besteht aus Zellen vom 1. Typus, welche ibre Axencylinder theils zur Substantia nigra, theils zum rothen Kern, meist jedoch durch die innere Kapsel zum Linsenkern schicken.
 - 2. Für die zona incerta oder Forel's Feld wird der Name substreticularis subthal. vorgeschlagen ob ihrer Bauähnlichkeit mit der subst. retic.
 - V. Die Zellen des rothen Kerns (auch 1. Typus) treten durch ihre Axencylinder in Verbindung 1. mit dem Kleinhirn gekreuzt und ungekreuzt —, 2. mit dem Thal. opt.
- VI. Der obere Kleinhirnstiel enthält Fasern:
 - 1. Aufsteigend vom rothen Kern,
 - 2. absteigend zum rothen Kern,
 - 3. Fasern, welche durch den rothen Kern, an den sie Collateralen abgeben, hindurchziehen theils zum Thal. opt., theils zum dorsalen Marke des Luys'schen Körpers, theils zum globus pallidus des Linsenkerns, alle sowohl gekreuzt als ungekreuzt.

E. Trömner.

82) L. Jacobson (Berlin): Zur Frage der Sehnervenkreuzung. (Vorläufige Mittheilung.)

(Neurolog. Centralbl. 1896, Nr. 18.)

Mit der Marchi'schen Methode, welche das zerfallene Mark frisch degenerirter markhaltiger Nervenfasern schwarz färbt, während normale ungefärbt bleiben, hat J. das Chiasma von Kaninchen, Meerschweinchen, Katzen und Affen, welchen ein Auge exstirpirt worden war, 2—4 Wochen nach der Operation untersucht.

Es zeigte sich, dass beim Kaninchen und Meerschweinchen eine vollständige, bei der Katze und dem Affen eine unvollständige Kreuzung der Sehfasern im Chiasma stattfindet. Danach glanbt J. schliessen zu müssen, dass auch beim Menschen eine unvollständige Kreuzung stattfindet, wie auch ein von Schmidt-Rimpler neuerdings berichteter Fall beweist.

Hoppe.

83) P. C. J. van Brero: La terminaison corticale du faisceau latéral pédonculaire. (Faisceau du Turck.)

(Nouvelle Iconographie de la Salpétrière 1896.)

Bei einem klinisch ganz unvollkommen beobachteten Falle — nur dass epileptiforme Anfälle seit langen Jahren bestanden, wurde constatirt — ergab die Section einen grossen Defect in der linken Hemisphäre, die nur

215 gr wog, während das Gewicht der rechten 586 gr war. Der ganze linke Temporallappen und Theile des Parietallappens waren völlig zerstört; in den motorischen Theilen der linken Hemisphäre fand sich eine Verminderung der Zahl der Nervenfasern und Zellen. Ausserdem fand sich eine allgemeine aber nicht hochgradige Atrophie des linken Pes pedunculi und des rechten Bindearms, beide abhängig von der allgemeinen Atrophie der linken Hemisphäre. Dass es in dem äusseren Theil des Pes pedunculi (sogenanntes Türck'sches Bündel) nicht zu einer ausgesprochenen Degeneration kam, beweist, dass die häufig ausgesprochene Annahme, als ob dieses Bündel den Zellen des Temporallappens entstamme, nicht richtig ist.

83) V. Acquisto e E. Pusateri: Die Nervenendigungen der harten Hirnhaut. (Sulle terminazioni nervose nella dura madre cerebrale dell'uomo.

(Rivista di patologia nervosa e mentale 1896, Juli.)

An der Dura eines 4monatlichen Fötus wurden mit Löwit'scher, Golgi'scher und Ehrlich'scher Färbung Untersuchungen über die Nervenendigungen angestellt. Man unterschied marklose, vasomotorische Nerven, welche zeitweise anastomosirend gepaart die Gefässe begleiten, deren Endigungen jedoch nicht in die Gefässwandungen hinein verfolgt werden konnten, und eigentliche markhaltige Duralnerven, welche in allen Richtungen plexusartig das Organ durchsetzen. Von diesen Maschen gehen Einzelfbrillen aus, welche anastomosirende Collateraläste abgeben und sich schliesslich in ein feines Büschel auflösen. Einzelne Fasern ziehen auf lange Strecken parallel zu einander, stellenweise spiralig die Bindegewebsbündel begleitend, und theilen sich sehr spitzwinklig in zwei Aeste, welche wiederum diese Richtung beibehalten und deren letzte Ausläufer rosenkranzartig mit zahlreichen Varikositäten besetzt sind.

Unter Heranziehung der Beobachtung vereinzelter Endkörperchen halten die Autoren die Regulirung des hydraulischen Drucks im Cerebrospinalkanal auf dem Wege des Reflexes für durch die Duralnerven vermittelt und für eine wichtige Function der gesammten Dura.

Jentsch-Turin.

84) Burt G. Wilder: Beziehungen zwischen Parietal- und Paroccipital-Furche. (The relations of the right and left parietal and paroccipital fissures.) (Journ. of nerv. and ment. diseases 1896, S., 543.)

Verfasser hat 58 Gehirne Erwachsener (beider Geschlechter, verschiedener Nationalitäten und Charactere) bezüglich des Verhaltens von Parietal- und Paroccipitalfurche in ihrer Verbindung zu einauder untersucht. Er fand dabei folgende 4 Combinationen:

 Links besteht Continuität und rechts Trennung der genannten Furchen in 46,5 %;

2. rechts und links besteht Continuitat in 380 0;

3. rechts und links besteht Trennung in 13,8 °|0;
4. links besteht Trennung und rechts Continuität in 1,7 °|0.

Bei 8 moralischen und gut erzogenen Personen war Combination 1 zu 62,5, C. 2 zu 25 und C. 3 zu 12,5%.

Bei 23 Ignoranten und Ungelehrigen Combination 1 zu 56,5, C. 2 zu 84,8 und C. 8 zu 8,7%.

bei 20 Geisteskranken Combination 1 zu 40, C. 2 zu 35, C. 3 zu 20 und C. 4 zu $5^{\circ}/_{0}$,

bei 4 Mördern Combination 1 gar nicht, C. 2 zu 75, C. 3 zu 250,

bei 4 Negern Combination 1 zu 33, C. 2 zu 670 vertreten.

Hiernach zu urtheilen nimmt die häufigste Combination (Nr. 1) von den moralischen Menschen zu den Unwissenden, weiter zu den Irren und den Negern und schliesslich zu den Mördern hin ab. Das umgekehrte Verhalten (Combination 4) fand sich nur einmal bei einer schweizerischen Geisteskranken.

Buschan.

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie.

86) Manaresi: Nervenzellenkern bei Strychnin- und Arsen-Vergiftung. (Modificazioni del nucleolo della cellule nervosa par avvelenamento stricnico e chloroformico.)

(Rivista di Patologia mentale e nervosa 1896)

An chloroformirten und strychninisirten Fröschen wurden je 1000 Messungen von Kernkörperchen der motorischen Vorderhorn- und Spinalganglienzellen vorgenommen, Es ergab sich an ersteren eine Verkleinerung, an letzteren eine Vergrösserung des Nucleolus. M. vergleicht diese Veränderungen mit ähnlichen Beobachtungen, welche an ruhenden und arbeitenden Nervenzellen gemacht worden sind.

Jentsch-Turin.

87) Lugaro: Veränderungen spinaler Zellen nach Durchschneidung des nervösen Fortsatzes. (Sulle alterazioni della cellule nervose per mutilazione parziale del prolungamento nervoso.)

(Rivista di Patologia mentale e nervosa 1896.)

An Katzen und Hunden wurde das Rückenmark an der dorsolumbaren Grenze durchschnitten. In unmittelbarer Nähe der Schnitte erwiesen sich nach einigen Tagen alle Zellen verschwunden, in einiger Entfernung zeigten sich schwere Alterationen, Quellungen, Runzelungen, Fehlen des Fortsatzes, Verschiebung unn Verschwinden der Kerne. Noch weiter weisen die kleinen Zellen blosse Reizzustände auf, während die grossen Strangzellen unterhalb des Schnittes bis in den Conus hinein andauernd schwer beschädigt bleiben, sowohl im Gebiet des Hinter- als auch (in geringerer Zahl) des Vorderhorns, wo sie mit den intacten Wurzelfaserzellen einen lebhaften Contrast bilden. Je länger die Thiere gelebt hatten, desto stärker zeigten sich die geschilderten Veränderungen. Bei dem erst nach 13 Tagen getödteten Hunde fanden sich auch Alterationen in den grossen Pyramidenzellen.

Jentsch-Turin.

88) G. Marinesco: Sur une particularité de structure des cellules de la colonne de Clarke et sur l'état de ces cellules dans le tabes simple et dans le tabes associé à la paralysie générale.

(Revue neurol. Nr. 21, 1896.)

Der Autor untersuchte die Rückenmarke von 3 Individuen, welche an progressiver Paralyse und Tabes gelitten hatten, und fand in denselben die Zellen der Clark e'schen Säulen von eigenthümlichem Aussehen. Die Zellen sind etwas aufgebläht, der Kern derselben gegen die Peripherie verdrängt; die chromatophilen Elemente beschränken sich auf eine dünne Lage []

in der Randzone der Zelle. Der Kern ist abgeflacht, von ellipsoider Gestalt, zrweilen nieren- oder halbmondförmig. Je excentrischer die Lage des Kern ist, um so mehr ist die Zelle an chromatischen Elementen verarmt und umgekehrt. Die Zellenfortsätze sind zum Theil geschwunden. Bei einfacher Tabes finden sich ähnliche Veränderungen in den Clark eschen Säulen, aber von weniger ausgesprochenem Maasse. Hier finden sich auch im Hinterhorn, insbesonders in der inneren Partie der Substantia gelatinosa Zellen von gleichem Aussehen wie in den Clarke'schen Säulen. In diesen Fällen bleiben auch die Zellen des Vorderhorns nicht ganz intact. Manche derselben weisen Veränderungen des Umfanges, einen gewissen Schwund der chromotophilen Elemente und der Fortsätze auf, und der Verfasser glaubt, dass auf diesen Umstand sich manche tabetische Symptome zurückführen lassen (Erschlaffung der Muskeln und Bänder [Frenkelund Faure, Jendrassik], einfache Atrophie der Muskeln).

Zur Erklärung der Veränderungen der Zellen in den Clarke'schen Säulen verweist M. auf den Umstand, dass das Centrum der Zellen, der Kern, den wichtigsten Ausgangspunkt der Ernährung repräsentirt. In dem Maasse, in welchem diese Elemente sich auflösen, rückt der Kern vom Centrum weg gegen die Fortsätze hin. Diese Wanderung des Kerns bildet einen vitalen Act der Ernährung; durch denselben wird der Kern nach Stellen der Zelle versetzt, in welchen die Ernährung lebhafter vor sich geht.

Die angegebenen Veränderungen der Clarke'schen Säulen, Entfernung des Kerns vom Centrum gegen die Peripherie und Abnahme der chromophilen Elemente fanden sich, wenn auch weniger erheblich und in mannigfachen Variationen in einem Theil der Zellen der Clarke'schen Säulen bei Hemiplegikern und bei Individuen, die an anderen Affectionen zu Grunde gegangen waren.

L. Löwen feld.

89) G. Vassale: Unterschiede zwischen primärer und secundärer spinaler Degeneration. (Sulla differenza anatomo-patologica fra degenerazioni sistematiche primarie e secondarie del midollo spinale.)

(Riv. sperim. di freniatr, Vol. XXII, fasc. V. 1896, p. 788-796.)

Die secundäre Degeneration hat eine pathologisch-anatomische Ursache, die primäre Degeneration ist toxischen Ursprungs. Das erweise auch die feinere histologische Untersuchung. Bei der secundären Degeneration handle es sich um einen schweren destructiven Process im Axencylinder und den Markscheiden, bei der primären um eine mehr oder weniger langsame Atrophie der Fasern, um ein allmähliches Verschwinden der Mark. scheiden, während der Axencylinder meist lange erhalten bleibt. Die sec. Degeneration verläuft nach Schiefferdecker und Homen in 2 Zeiten: 1. Die eigentliche Degeneration, zu deren Untersuchung und Feststellung sich die Methode von Marchi eignet, und 2. die darauf folgende Sklerose, die man am besten nach Weigert-Pal studirt. Beide Methoden lassen bei der Erkennung der primären Degeneration im Stich. Und doch lässt sich schon macroscopisch an einem 3-5 Monate in Müller'scher Lösung austewahrten Rückenmarke die primäre Degeneration erkennen durch ihre blassgelbe Farbe, während die normalen Partien stark gelb gefärbt erscheinen. Für die microscopische Untersuchung erscheinen hier geeignet Saffranin, Nigrosin und Carminalaun nach Meyer. Hat der primare degenerative

Process lange fort bestanden und ebenfalls zur Sklerose geführt, dann giebt natürlich die Weigert methode gleichfalls gute Resultate. Eigenthümlich ist der genannten primären atrophischen Veränderung ihr rasches Auftreten und langsames Fortschreiten. Beim Aufhören der Krankheitsursache können die Veränderungen an den Zellen (Verlust der Chromatinsubstanz, variköses Aussehen der Axencylinder) sich wieder zurückbilden. Das Auftreten solcher einfacher Atrophien aus toxischer Ursache konnte an der Hand zahlreicher experimenteller Arbeiten (Versuche mit Phosphor, Silbernitrat, Antipyrin, bei Abtragung der Nebenschilddrüse etc.) unter Anwendung der genannten Färbemethode nachgewiesen werden, während die Marchimethode hier stets negative Resultate ergab. Klinke (Tost).

90) E. Masetti: Veränderungen im Rückenmark bei Hunden nach Entfernung der Schilddrüse.

(Riv. sperim. di freniatr. Vol. XXII, fasc. V, 1896, p. 797-804.)

Nach kurzer Beschreibung der zum Theil positiven, zum grössten Theil aber negativen bisherigen Befunde, die von Rogo witsch, Tizzoni, Albertoni, Centami, Vassale, Pisenti, Loewenthal, Schwarz, Kopp, Quervin, Haskovec und Capobianco im Nervensystem von Hunden nach Entfernung der Schilddrüse erhoben worden sind, werden die Resultate mitgetheilt, zu denen M. selbst gelangt ist. Das Rückenmark dreier von Prof. Vassale operirter Hunde, die an chronischer Cachexie zu Grunde gegangen waren, zeigte nach Chromhärtung und Färbung mit Carminalaun und Nigrosin im Mark und in den Axencylindern Veränderungen, die als langsam verlaufende chronische Atrophie bezeichnet werden, hervorgerufen durch Einwirkung der Giftstoffe, die nach Abtragung der Schilddrüse im Blute kreisen. Die Veränderungen betrafen die gekreuzten Pyramidenbündel und die Hinterstränge in dem einen Falle, im II. die Goll'schen Stränge in der Cervicalregion, im III. die Hinterstränge im Lenden- und Brustmark.

Die Methoden von Marchi, Pal, Weigert ergaben negative Resultate.

Die Nissl'sche Methode kam nicht zur Anwendung.

Klinke (Tost).

93) G. Vassale e A. Donaggio: Veränderungen im Rückenmark beim Hunde nach Entfernung der Nebenschilddrüse.

(Riv. sperim. di freniatr. Vol. XXII, fasc V, 1896, p. 853-857.)

In 6 von den operirten 7 Fällen fanden sich in den gekreuzten Pyramidensträngen und in den Hintersträngen atrophische Veränderungen, herrührend nach Annahme der Autoren von der durch die Abtragung der Nebenschilddrüse hervorgerufenen Autointoxication. Die Veränderungen waren (nach Härtung in Müller'scher Lösung) schon mit blossem Auge deutlich zu sehen. Färbung nach Marchi oder Weigert fiel negativ aus, während Nigrosin deutliche Resultate ergab.

Klink " (Tost).



2. Specielle Pathologie.

- a) Rückenmark und Bulbus.
- 92) C. Schindler: Ueber Blutungen in die Rückenmarkshäute. (Monatschrift für Unfallheilkunde, III, Nr. 10, 1896.)
- 93) Th. Benda: Ein Fall von Hämatomyelie.
 (Deutsche med Wochenschr. 1896, Nr. 44.)
- 94) C. Schindler: Einige Bemerkungen zu dem Fall von Hämatomyelie von Dr. Th. Benda.

(Deutsche med Wochenschr. 1893, Nr. 57.)

95) Th. Benda: Antwort an Herrn Collegen Schindler, betreffend den Fall von Hämatomyelie.

(eod. loco 1898. Nr. 49.)

Auf der Frankfurter Naturforscherversammlung (Section für Unfallheilkunde und gerichtliche Medicin) besprach Schindler das Thema der Blutungen in die Rückenmarkshäute. Die häufigste Veranlassung zu solchen Blutungen bilden Traumen, entweder directe durch Fall auf den Rücken oder indirecte durch Verletzungen. Die klinischen Erscheinungen sind vielgestaltig und wechselnd, so dass die Diagnose oft schwierig sich erweist. Die Localisation der Blutung ist eine dreitheilige: 1. zwischen Knochen und äusserer Rückenmarkshaut, 2. zwischen äusserer und mittlerer Rückenmarkshaut im Subduralraum und 3. zwischen mittlerer und innerer Haut im Subarachnoidealraum und in der inneren Haut selbst. Pathognomonisch sind die Reizerscheinungen - sensible und motorische -, die durch Druck auf die Rückenmarkshäute und die Nervenwurzeln ausgelöst Erschwert wird die Diagnose, wenn Lähmungserscheinungen des Markes selbst eintreten. Schneller Rückgang der Paresen und der Paralysen spricht für Hämotorrhachis und nicht für Hämatomyelie. Manchmal ist die differentialdiagnostische Entscheidung von vornherein unmöglich und nur der Verlauf und der schliessliche Ausgang der Krankheit gestatten zuletzt eine stringente Diagnose. Ganz besonders ist völlige Heilung anfangs schwerer Extremitäten- und Blasen-Mastdarmlähmungen ein sicherer Beweis, dass das Mark selbst unverletzt und nur durch den Bluterguss in die Rückenmarkshäute comprimirt war.

2 Fälle, von S. beobachtet, sollen ein Bild der Krankheit geben.

1. Der 32 Jahre alte Arbeiter B. spürte sofort nach dem schnellen Aufheben von 2 Centner-Gewichten einen Knacks im Kreuz. Er ging nach Hause, bekam Schmerzen in den Beinen, konnte keinen Urin lassen und keinen Stuhlgang. Gang unsicher: geringe Ataxie, Kniephänomene gesteigert, Wirbelsäule im Bereich des Kreuzbeins schmerzhaft. Sensibilität am Damm, Scrotuw, Penis erheblich herabgesetzt; heftige reissende Schmerzen in der Gesässgegend und den Beinen. 14 Tage später sind die Reizerscheinungen gemildert. Blase und Mastdarm noch gelähmt. Gehen nicht möglich, Stehen nur mit Unterstützung. 3 Wochen nach dem Unfall kann Patient 3—400 obem Urin von selbst lassen und geht, allerdings noch unsicher, wenn er geführt wird; noch reissende Schmerzen in den Beinen. 9 Wochen nach dem Unfall kann Patient dauernd Urin lassen und ohne Unterstützung kurze Strecken gehen. Nach 9 Monaten ist er voll erwerbsfähig — zurück-

geblieben ist nur eine Empfindungslosigkeit der Haut am Damme, der Afterkerbe und dem Hodensack, eine geringe Abmagerung der linken Wade.

Differentiell war anfangs schwer zu entscheiden, ob die Blutung nur in die Haube und nicht auch in das Mark gedrungen war Erst der Ausgang in Heilung zeigte, dass das Mark selbst nicht verletzt gewesen und durch den Druck des Blutergusses im Subarachnoidealraum eine vorübergehende Lähmung erfolgt war.

2. Der 38 Jahre alte Journalist G. spürte beim Auflegen eines Weinfasses plötzlich heftigen Schmerz im Kreuz, Zittern der Beine. Kreuzschmerzen auch bei ruhiger Bettlage. Wirbelsäule steif, so dass Patient sich nur mit Mühe aufrichten kann. Kniephänomen leicht gesteigert. Zwei Tage nach dem Unfalle reissende Schmerzen in der rechten Hälfte des Hodensackes und im rechten Hoden Nach 6 Wochen waren die Reizerscheinungen geschwunden. Dauernde Heilung. Die supponirte Blutung sass wahrscheinlich zwischen Wirbelknochen und äusserer Rückenmarkshaut, auf die Nervenwurzeln drückend.

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass die centrale Ursache der reissenden Schmerzen häufig verkannt und für Muskelzerrung oder Rheumatismus gehalten wird. Das sofortige Vorgehen mit Massage und Electricität ist nicht angebracht und hindert eher die Resorption des Blutes. Ruhe und Priessnitz-Umschläge, Jodkali sind in der ersten Zeit indicirt. —

Th. Benda beschreibt folgenden Fall: Ein 40jähriger Turnlehrer, der Nachts zuvor mässig gekneipt, Tags über viel geturnt hatte, warf Abends beim Schwimmunterricht, um sich aus einer unangenehmen Lage zu befreien, mit einem plötzlichen Ruck den Kopf nach hinten und zog das Kreuz ein. In demselben Moment sptirte er heftigen Schmerz im Rücken und in den Beinen, musste aus dem Wasser gehoben werden, zitterte, schwankte, fuhr nach Hause, ging wie gelähmt die Treppe zu seiner Wohnung herauf, hatte brennenden Schmerz im Rücken. In den nächsten Tagen schwach, konnte nur wenige Schritte gehen, keine Lähmung. Spannungsgefühl in den Muskeln, wechselnde Hitze und Kälte und Taubheit in den Beinen, am Leib und Rücken, Kribbeln in Zehen und Fingern. Urinlassen erschwert. Massage. 3 Wochen nach dem Unfall: Gang war spastischparetisch. Electrische Erregbarkeit auf der rechten Seite etwas herab. gesetzt. Fuss- und Kniephänomen erhöht, rechts stärker als links. Gefühl für warm und kalt ist rechterseits am Bein, am Gesäss, am Rücken und am Leib bis zum unteren Ende des Brustbeins sehr unsicher, Schmerzgefühl erloschen, während Tastempfindung erhalten ist. Hier sind Parästhesien (Kribbeln, Taubheitsgefühl) vorhanden. Hypochondrische Stimmung, Schlaf schlecht Ruhe, strenge Diät, absolute Enthaltsamkeit von Spirituosen und Tabak, sehr schwache Galvanisation des Rückens rufen auffallend schnelle Besserung hervor. Nach 5 Wochen war Gang fast vollkommen normal, Kniephänomen normal. Gürtel- und Kältegefühl, Spannungsgefühl noch vorhanden, das sich später auch verlor.

Nach Ansicht B.'s spricht der Symptomencomplex und der klinische Verlauf am meisten für eine Blutung in das Rückenmark und zwar in die graue Substanz des mittleren Dorsaltheils.

Schindler hingegen sieht für diese Annahme keine zwingenden Gründe. Es seien deutlich ausgeprägte Reizsymptome, wenn auch mässigen Grades, vorhanden; die Parese der Extremitäten und der Blase, die "syringomyelie ähnliche" Anästhesie erklären sich als Compressionserscheinungen durch Bluterguss in den Subarachnoidealraum. Die sehr schnelle Heilung spreche ebenfalls mehr für eine Hämatorrhachis als für eine Hämatomyelie.

Benda bleibt dem gegenüber bei seiner Diagnose, da nur einige Gefühlsqualitäten (Schmerz- und Wärmeempfindung) gestört waren bei Intactsein der anderen. Diese Auswahl sei unmöglich bei Blutung in die Rückenmarkshäute, da bei einer solchen ein peripherer Druck auf das Rückenmark ausgeübt werde und daher die gesunden sensiblen Bahnen comprimirt werden müssten.

Uns will mit Schindler dünken, dass derartige Fälle ohne Section schwer zu entscheiden sind, "da neben der Compression des Rückenmarks durch subarachnoidealen Bluterguss dieses selbst noch nebenbei peripher verletzt sein könnte."

Goldstein (Aachen).

96) Higier: Centrale Hämatomyelie des Conus medullaris.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 185 ff.)

Eine junge Frau hatte sich durch einen Sturz aus bedeutender Höhe ein Trauma der Wirbelsäule (11—12 Brustwirbel) zugezogen. Kein Bewusstseinsverlust, aber kurz darauf totale Paraplegie mit Sensibilitätsverlust. Gleichzeitig hartnäckige Betentio urinæ et alvi. Alle diese Erscheinungen liessen im Laufe weniger Tage allmählich nach: Von der Paraplegia inf. blieb keine Spur, von der completen und diffusen Anästhesie der Beine blieb eine dissociirte Empfindungslähmung zurück, die die Begioglutæa et perinæa, einen symmetrischen Streifen an der Hinterseite der Oberschenkel, die Schleimhaut des rectogenitalen Tractus in ihrem tiefsten Abschnitte betrifft; die Betention ging theilweise in Incontinenz der Blase und des Mastdarms über.

Das Trauma hat allerdings die Deformirung des 11. -12. Brustwirbels bewirkt, allein man darf in dieser Hübe (oberes Bauchmark) die Affection des Rückenmarks nicht suchen, da die Dislocation des Rückenmarks hier sehr schwere dauernde Lähmungs- und ausgedehnte Sensibilitätästörungen mit Alteration der Sehnenreflexe hätten nach sich ziehen müssen. Es muss demnach das anatomische Substrat tiefer sitzen als die Wirbelverletzung. Diese gesuchte Rückenmarksläsion kann wegen des raschen Schwindens der Lähmung (Shokwirkung) nicht stark sein.

Die Schädigung in der motorischen Sphäre im Bereiche des Plexus sacro-coccygeus lässt die Läsion im unteren Sacralabschnitte, in dem die sacralen Nervenwurzeln ihren Ursprung haben, vermuthen. Dasselbe thut die sensible Sphäre (Schädigung des Plexus coccygeus und pudendalis), doch ist bier der etwas höher entspringende Plexus ischiadicus wenigstens theilweise durch die Schädigung des N. cutan. fem. post- afficirt.

Der erwähnten Annahme einer Schädigung im unteren Sacralabschnitte entspricht auch das Verhalten der Reflexe, denn der im 2.-4. Lumbalnerven sich abspielende Patellarreflex ist intact, der im 5. Lumbalnerv besw.

den 2 oberen Sacralnerven verlaufende Achillessehnenreflex ist abgeschwächt. Dagegen fehlt der in der Höhe des Achillessehnenreflexes sitzende Plantarund der in der Höhe der 3. und 4. Sacralwurzel sitzende Aualreflex.

Die Blasen- und Mastdarmreflexe fehlen, und in der That sprechen neuere Untersuchungen für ihren Sitz im unteren Abschnitte des Sacralmarks.

Nach alledem muss die Läsion im Sacraltheil des Rückenmarks gesucht werden.

Die Frage, ob die Läsion in oder ausserhalb des Rückenmarks sitzt, entscheidet die partielle Empfindungslähmung, die vorliegende reine Analgesie zu Gunsten der Annahme eines intramedullären Sitzes und zwar handelt es sich wahrscheinlich um eine Blutung in der Prädilectionsstelle dafür, in der durch geringe Widerstandsfähigkeit und starke Vascularisation ausgezeichneten grauen Substanz und zwar gerade der binter dem Centralkanal sitzenden sensiblen Theils.

Der Annahme einer im Anschlusse an das Trauma entstandenen centralen Myelitis widerspricht das sofortige Entstehen.

Oefter kann man 3 Stadien mehr oder weniger deutlich in derartigen Krankheitsbildern abgrenzen:

- Stadium der Shoks (ausgedehntere motorische und sensible Paraplegia inferior, starke ausstrahlende Schmerzen und vollständige Retentio urinæ et alvi);
- 2. starkes Zurückgehen oder Schwinden der Lähmungserscheinungen, scharf characteristische Anästhesie (wie oben geschildert), dauernde Lähmung von Blase und Mastdarm;
- 3. eventuelle spätere Verschlimmerung durch secundäre myelitische Processe.

 Dauber.

97) Eugene Riggs: Paraplegie und spinale Hämorrhagie. (Paraplegia arrising from hemorrhage into the spinal canal, due to pernicious anæmia.)

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1896, S. 554.)

45jährige weibliche Kranke präsentirte sich dem Verfasser mit einer unvollständigen Paraplegie; sie war außerdem stark anämisch. Tactiler Sinn war über beiden Unterextremitäten und über dem Rumpf bis zur Höhe des Proc. ensiformes herabgesetzt. Temperatursinn war ganz normal, Empfindung für Schmerz aber ebenfalls herabgesetzt. In beiden Beinen Clonus des Musc. rectus. Patellarreflexe erhöht. Keine Ataxie, noch lancinirende Schmerzen. — Blutuntersuchung; 2,264,000 rothe Blutkörperchen, Hämoglobin 30%, Poikilocythen, Microcythen und Megalocythen. — Den Ausbruch ihres Leidens führte die Patientin auf einen sehr heftigen Nervenshok zurück. Autopsie ergab: beträchtlichen Bluterguss in den Centralkanal des Rückenmarkrs der mittleren Dorsalregion. Die microscopische Untersuchung des gehärteten Rückenmarkes stellte fest, dass die Degeneration sich von dem ersten Cervicalsegment bis zum fünften Lumbarsegment erstreckte.

98) Jolly: Stichverletzung des Rückenmarks. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte.

(Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 5.)

Die 28jährige Frau wurde am 23. März 1895 mit einem Dolche in die rechte Halsseite gestochen. Nachdem sie wieder zum Bewusstsein

Digition by GOOGLE

gekommen, zeigten sich der linke Arm und beide Beine gelähmt, ferner eine rechtsseitige complete Anästhesie von der Gegend der 2. Rippe an abwärts und einer entsprechenden linksseitigen Hyperalgesie.

Bei ihrer Aufnahme in die Charité 1. V. 1895 war die Bewegungsfähigkeit des rechten Beines und des linken Arms zum grossen Theil wiederhergestellt, auch die Anästhesie der rechten Kö: perseite etwas vermindert; zurückgeblieben waren noch deutliche Bewegungsstörungen der linken Hand und Finger mit beträchtlicher Muskelatrophie des Vorderarms, die Lähmung des linken Beins mit hochgradiger Störung des Muskelsinns und die Hyperalgesie links, also vorzugsweise die Störungen auf der linken Seite. Ausserdem zeigte sich eine anästhetische Zone am linken Arm an der Ulnarseite, am linken Auge Enge der Lidspalte, Tieferliegen des Bulbus, Verengerung der Pupille und Anhydrosis der linken, Hyperhydrosis der rechten Gesichtshälfte (Sympathicussymptome.) Patellarreflexe stark erhöht, beiderseits Fussclonus. Rechts besteht noch bei Reizung der Haut grosse Neigung zu Reflexerscheinungen, die sich bis zu Krämpfen steigern können und Mitem pfin dung (Allochirie) auf der linken nicht gereizten Seite.

Die Erscheinungen erklären sich durch eine Verletzung im Wurzelgebiet des Plexus brachialis einerseits und des Rückenmarks in der unteren Cervicalgegend andererseits. S. glaubt nach Art der Verletzung, dass vorzugsweise die 8. Cervical- und die 1. Dorsalwurzel betroffen worden sind (die anfängliche Lähmung des ganzen Plexus erklärt sich durch den Bluterguss, welcher später resorbirt wurde), dass der in der Höhe derselben zwischen 7. Hals- und 1. Brustwirbel eingedrungene Dolch die grössere Hälfte des Rückenmarks durchtrennt und hiebei die Wurzel einschliesslich des Ramus communicans zum Sympathicus mitverletzt hat. Die Rückenmarkssymptome entsprechen im Wesentlichen dem Brown-Séquardschen Schemader Halbseitenläsion.

99) G. Lewis: Ein Fall von syphilitischer Spinalparalyse. (Berliner dermatologische Vereinigung, 5 /XII. 18:4.)
(Berlin. klin. Wochenschrift 1895, Nr. 24.)

Die 39jährige Patientin, welche bereits mehrere Curen durchgemacht hatte und wegen Rupia luetica und Halsgeschwüren in die Klinik aufgenommen wurde, zeigte bald darauf die Erscheinungen der Spinalparalyse. Die Beugung in den Knieen wurde vermieden, die Füsse klebten am Boden. Patellarreflexe gesteigert, reflectorische Zuckungen bei allen activen und passiven Bewegungen. Als seltene Complication traten Blasenbeschwerden auf ähnlich wie bei einem 35jährigen Kaufmann, welcher bereits ein Jahr nach der Infection die gewöhnlichen Erscheinungen der Spinalparalyse zeigte, wozu sich im folgenden Jahre Blasen- und Mastdarmbeschwerden gesellten. Während im letzten Falle die stärksten antisyphilitischen Curen erfolglos blieben, sind bei der Patientin die Erscheinungen nach einer antisyphilitischen Cur bis auf ein Minimum verschwunden.

Hoppe.

100) L. Harrison Mettler (Chicago, Ill.): Luetische Spinalleiden. (Syphilitic disease of the spine)

(The Medic. Record, 3. October 1896.)

Die Diagnose der spinalen Syphilis kann bei dem heutigen Stande unseres Wissens nur auf Grund der Geschichte des Falles und dadurch gestellt werden, dass alle anderen Rückenmarks-Erkrankungen auszuschliessen sind. Da die Beziehungen der Syphilis zu den spinalen Degenerationen noch nicht genügend bekannt und festgestellt sind, so beschräukt sich Verfasser auf die Betrachtung der übrigen syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks, bringt jedoch nichts Neues. Im Uebrigen betont er mit Becht, dass man sich behufs Heilung solcher Fälle nicht auf eine energische und lange fortgesetzte antisyphilitische Behandlung beschränken, sondern zugleich alle diejenigen anderen Mittel anwenden solle, die gegen die andereu Bückenmarks-Erkrankungen mit Aussicht auf Erfolg gebraucht werden.

Voigt (Oeynhausen).

101) van Oordt: Beitrag zur Lehre von der apoplectiformen Bulbärparalyse mit besonderer Berücksichtigung der Schlinglähmung und Hemianästhesie im Anschluss an einen durch Hinterstrangsklerose complicirten Krankheitsfall.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, pg. 183 ff.)

Bei einem 73 Jahre alten Manne, bei dem apoplectiforme Parese des linken Beines und näselnde Sprache und Schluckstörungen eingetreten waren, fand sich auf Grund dafür Gaumensegellähmung, geringe Parese der rechten Zungenhälfte, des rechten Facialis (total), Erweiterung der rechten Pupille, vollständige Lähmung der Schlingmuskulatur, Hemianästhesie der rechten Körperhälfte. 6 Wochen vorher bemerkte Patient Schleudern des rechten Beines. Der Patient ging an marantischer Thrombose zu Grunde. Bei der Obduction fand sich in der linken Hälfte der Medulla oblongata ein Erweichungsherd, daran anschliessend secundäre Degenerationen in der Umgebung. Was noch übrig in der linken Hälfte ist in geringem Grade durch Zellwucherungen in Mitleidenschaft gezogen. Im Rückenmark fand sich verschieden starke Degeneration des Conus terminalis, an diese anschliessend eine nach oben hin abnehmende beginnende Degeneration der Burdach'schen, weiter oben der Goll'schen Stränge.

Es lagen also 2 raumlich und zeitlich getrennte Herde vor.

I. Die acute Bulbärparalyse: Hier führt das Studium der Litteratur den Verfasser betreffs der Schlinglähmung zu dem Schlusse, dass der Punkt für die geregelte Auslösung des Schluckactes in die Gegend des motorischen Vaguskernes zu verlegen sei, dessen Verletzung auch nur auf einer Seite durch Aufhebung des Reflexcentrums derselben Seite und des coordinatorischen Centrums für die andere Seite Schlingunmöglichkeit hervorrufe.

Betreffs der Hemianästhesie ist aus dem Studium der Symptome und Befunde in der Litteratur der Schluss zu ziehen, dass bei einseitigen Herden der Oblongata und des unteren Pons einmal rein einseitige Hemianästhesie, ein anderes Mal gekreuzte und wiederum Hemianästhesie und anderseitige Gesichtsanästhesie bestehen kann, dass die Bahnen des gekreuzten sensiblen Trigeminus, der gekreuzten Körpersensibilität und der aufsteigenden gleich-

seitigen Trigeminuswurzel wohl in allernächster Nähe, jedoch nicht in einem gemischten System verlaufen."

Für die beobachteten Parästhesien, die nicht in directen Zusammenhang mit dem Herd zu bringen sind, macht Verfasser die durch die Arteriosklerose bedingten feineren Veränderungen verantwortlich. Der Schwindel und das Zusammenbrechen nach der Herdseite findet seine Erklärung in der starken Degeneration der zum Corpus restiforme tretenden Kleinhirnseitenstrangbahn. Das Hinken nach dieser Seite hin ist vielleicht ein Ausdruck für die Gleichgewichtsstörung. Die Pupillendifferenz ist nicht mit Sicherheit zu erklären.

Für die Abschwächung der Hautreflexe ist die medulläre Anästhesie verantwortlich zu machen.

Die vorübergehende Parese der rechten Zungenhälfte, bestehend bei normalem rechten Kern, während der linke gering geschädigt war, ebenso die rechte Facialisparese können nicht einwandsfrei erklärt werden.

Die Hinterstrangsklerose ist ein von der Bulbäraffection absolut unabhängiger, aber auf der gleichen Ursache beruhender Process, eine Wurzelneuritis auf arteriosklerotischer Basis, die eine secundäre Hinterstrangsklerose im Gefolge hatte.

Der Arbeit ist eine ausserordentlich zahlreiche Litteratur beigefügt.

Dauber (Würzburg).

102) Kojewnikoff: Zwei Fälle von asthenischer Bulbärparalyse. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, pg. 242 d.)

Verfasser spricht die Ansicht aus, dass die asthenische Bulbärparalyse nicht auf Hysterie beruht, dass es vielmehr moleculare Veränderungen, zum Theil passagerer Natur, im Nervensystem sind, die dem Krankheitsbild zu Grunde liegen. Es scheint die asthenische Bulbärparalyse mehr als jede andere Krankheit geeignet zu sein, den allmählichen Uebergang von molecularen zu wirklichen anatomischen Veränderungen zu veranschaulichen. Es können die ersteren eine solche Höhe erreichen, dass sie zu sichtbaren Veränderungen werden. Für diese Anschauung scheinen schon einzelne Beobachtungen zu sprechen. Bei solchen schweren Veränderungen wird es auch zur wirklichen degenerativen Atrophie zum Mindesten in einigen Muskeln kommen, eine Ansicht, die durch den vorliegenden Fall gestützt wird.

Dieser eigenartige Krankheitsfall bietet sowohl in Bezug auf die Gruppirung der Symptome und ihre Besonderheiten, als auch in Bezug auf den Krankheitsverlauf eine grosse Uebereinstimmung mit den anderen Fällen asthenischer Bulbärparalyse und lässt sich mit der Annahme einer Hysterie nicht in Einklang bringen. Die Lähmungserscheinungen sind allerdings sehr wenig constant und stabil, aber diese Schwankungen sind die Folge übergrosser Ermüdbarkeit, wie längere Untersuchungen beweisen. Und sie bleiben während des ganzen Krankheitsverlaufs immer in ein und derselben Sphäre localisirt und progressiren im Allgemeinen stetig. Ausserdem können mit der Hysterie kaum in Einklang gebracht werden die degenerative Atrophie der Zungenmuskulatur (die allerdings zuletzt sich wieder etwas besserte), das vollständige Fehlen der electrischen Erregbarkeit des weichen Gaumens, die Erweiterung der rechten Pupille u. a.

Eine Besonderheit des Falles bilden Veränderungen der Sensibilität und zwar des Sehvermögens und des Geschmacks, bei denen die Ermüdbarkeit ebenfalls eine grosse Rolle spielt. Derartige Ermüdbarkeit passt zwar nicht in den Rahmen der Hysterie, kann sie aber compliciren. Aber es betreffen die sensiblen Störungen im vorliegenden Falle nur Gesicht und Geschmack und es fehlt ein besonders characteristisches Symptom der Hysterie, die Anästhesie der Haut und der Schleimhaut hier vollkommen, während die bier vorhandene Ermüdbarkeit der Muskeln eine der characteristischsten Aeusserungen der asthenischen Bulbärparalyse ist.

Eine andere Besonderheit des Falles ist die ausgesprochene degenerative Atrophie der Zungenmuskulatur und der Muskeln des weichen Gaumens mit Entartungsreaction (träge Zuckung ASZ grösser als KSZ an der Zunge, und vollständiges Fehlen der electrischen Erregbarkeit am weichen Gaumen).

Weiterhin ist eine Besonderheit das zeitweilige Auftreten von Zucker

im Urin (Uebergreifen auf das Zuckercentrum).

Die Behandlung bestand in grösstmöglichster Ruhe der Patientin, in tonisirenden Mitteln — Fe, As und in der Galvanisation des Kopfes durch die Proc. mastoid. Sondenfütterung war nicht nothwendig.

Dauber-Würzburg.

103) Silbermark: Ein Fall von asthenischer Bulbärparalyse. (Typus Erb-Goldflam.)

(Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 45 u. 46.)

34jährige Köchin. Hereditär nicht belastet. Als Kind Morbilli. Ende December 1894 erste Zeichen der Krankheit, Schwäche der Streckung des dritten und vierten Fingers. Nach kurzer Erholung besserte sich der Zustand; nach Wiederaufnahme der Arbeit trat aber alsbald rasche Ermüdung der Finger, dann der Arme und unteren Extremitäten ein. Der Zustand war im Ganzen ein recht schwankender. Dabei war ein allmählicher Fortschritt der Ermüdungs- und Lähmungserscheinungen auf neue Muskelgruppen zu erkennen; erste Anzeichen von Augenstörungen und Störungen bei der Nahrungsaufnahme Herbst 18 5, Januar 1896 Lähmungserscheinungen im Gesicht. Die Untersuchung im Juni 1896 ergiebt: Geringer Grad von Ptosis, dauernde Parese des linken Mundfacialis, Schwäche der Rumpf- und der Oberarmmuskulatur. In fast allen Muskelgruppen des Körpers abnorm rasche Ermüdbarkeit, nur in der Nackenmuskulatur war eine solche nie zu constatiren. Die Sprache wurde bei längerem Sprechen bald näselnd, der Gang wurde schleppend, die Nahrungsaufnahme war erschwert. Es bestanden ziehende, wenig intensive Rückenschmerzen; nirgends Atrophie, nirgends fibrilläre Zuckungen. über die electrische Erregbarkeit fehlen. Während der Beobachtungszeit in der Klinik keine erheblichen Schwankungen im Verlauf.

Cassirer-Berlin.

104) J. Fajersztajn (Lemberg): Zur Casuistik und Symptomatologie der asthenischen Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund).

(Nenrol. Centralbl. 1896, Nr. 18 u. 19.)

Ein 23jähriger Tagelöhner bekam im April im Anschluss an eine Erkältung plötzlich eine ungeheure Schwäche in allen Muskeln, so dass er kaum eine Bewegung ausführen konnte und selbst beim Sprechen bald

ermüdete. Bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus 10 Tage darauf zeigte er Ptosis, Schwäche im Bereich des motorischen Trigeminus, bedeutende Schwierigkeiten beim Beissen und Kauen, Schlingbeschwerden, eigenthümliche Störung der Sprache (nasaler Klang und baldige Erschöpfung bis zur Aphonie, die nach 2—3 Minuten wieder aufhört). Schwäche der Nackenmuskulatur, des oberen und mittleren Facialis, in den Thorax- und Extremitätenmuskeln, die sich bei einiger Muskelarbeit schnell steigert, in der Ruhe geringer wurde oder schwand. Dabei normaler Ernährungszustand und normale electrische Erregbarkeit der Muskeln, sowie der Nerven. Die Symptome zeigten in ihrer Intensität grosse Schwankungen und ein stereotypes Fluctuiren im Laufe eines Tages. Während einer 6wöchentliehen Behandlung trat eine langsame aber stetige Besserung aller Erscheinungen ein.

Die myasthenische Reaction (Jolly) gelang es nur in der ersten Woche der Untersuchung (9. Krankheitswoche) zu constatiren. Ob die Erschöpfungserscheinungen der asthenischen Paralyse (Myasthenia pseudoparalytita gravis nach Jolly) allein oder nicht auch der in ihrem Symptomencomplex sehr ähnlichen Polioencephalomyelitis zukommt, ist noch unentschieden, zumal auch zahlreiche Fälle von Poliencephalomyelitis mit abnormer Ermüdbarkeit beobachtet worden sind. Da auch die Remissionen und der Intensitätswechsel der Lähmungen bei letzterer Krankheit in einzelnen Fällen constatirt worden sind, so ist die Differentialdiagnose sehr schwer. Nur kommen so lange Remissionen bei der asthenischen Paralyse nicht vor. Die Prognose ist schlecht.

b) Intoxicationen.

105) Dercum (Philadelphia): Drei Fälle von Beriberi. (Report of three cases of beri-beri.)

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 2.)

Die 3 Fälle, die in die Behandlung des Verfassers kamen, betrafen sämmtlich farbige Männer, die in den Phosphorbetten auf der Insel Pitou Navassa in Westindien unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen gegraben hatten. Ihre Nahrung bestand zumeist in gesalzenem Bindfleisch, das nicht selten verdorben war, auch in trockenem Brot und Bohnen; dazu tranken sie fauliges Regenwasser aus Tanks. Sie arbeiteten in der Sonnenhitze und wohnten zusammengepfercht in Massenquartieren.

Das Leiden hatte hier mit einer Anschwellung der Füsse und des Abdomens mit zunehmender Schwäche und allgemeiner Schmerzhaftigkeit begonnen. Die Oedeme nahmen allmählich an Intensität zu und erreichten im ersten Falle recht erhebliche Dimensionen. Sobald die Kranken dem muthmasslichen Ansteckungsort den Rücken gekehrt hatten, begannen die Anschwellungen zurückzugehen, wie überhanpt der ganze Zustand sich su bessern. — Bei der Aufnahme der Kranken wurde festgestellt: Der Hydrops war zum Theil schon geschwunden. Herz, abgesehen von leichtem Mitralsausen, gesund; desgleichen die Lungen. Keine Ataxie, kein Steppergang. Sensibilität für Berührung und Temperatur normal. Analgesie in 2 Fällen vorhanden, in dem dritten nicht. Keine Atrophie der Muskeln. Patellarreflexe normal oder leicht herabgesetzt. — In einem Falle liess sich eine enorme Magenerweiterung nachweisen, die vielleicht von einer Neuritis der gastrischen Zweige des Vagus abhängig sein mag

D. nimmt als pathologisches Substrat eine Degeneration der Nerven (Neuritis) an und glaubt, dass dieselbe durch einen im Boden (sumpfigem Terrain) befindlichen Microorganismus hervorgerufen wird.

Buschan.

106) Eykman (Batavia): Polyneuritis bei Reisfütterung des Hundes. (Geneesk. Tijdschr. v Nederl. Indie 1893, Nr. 11.)

Bei Hunden trat Polyneuritis auf, wenn sie mit geschältem Reis gefüttert wurden, dem ausser der äusseren harten Schale auch das "Silberhäutchen" fehlt. Dieses Häntchen ist reich an Salzen und Eiweissstoffen. Controllversuche lehrten, dass Beigabe von Fleisch und Salzen die Polyneuritis nicht verhütete, anscheinend ist also das Stärkemehl des Reiskorns schädlich, sein toxischer Einfluss wird aber durch irgend welche Bestandtheile der Hülse aufgehoben. Es ist beachtenswerth, dass Beri-beri in denjenigen indischen Gefängnissen, in denen ungeschälter Reis die Kost bildet, etwa 20 mal seltener ist als da, wo geschälter Reis genossen wird.

Entsprechende Versuche mit Mais blieben unentschieden, dagegen erwiesen sich die Amylaceen der Kartoffel als unschädlich.

Kurella.

107) E. A. Homen (Helsingfors): Einfluss der Streptococcustoxine auf Nerven, Spinalganglien und Rückenmark. (Om streptococcus och dess toxiners inverkan paa nerver, spinalganglien och ryggmärk.)

(Finska Läkaresällsk. Handlingar 1896, Bd. 33, H. 9.)

Nach Injection von Streptoc.-Culturen direct in den Ischiadicus dringen die Bakterien längs des Nerven bis in das Rückenmark ein, den Lymphwegen folgend, und im Mark längs des septum posterius aufwärts; entsprechend treten kleine Blutungen, Leukocytenhaufen, Zerstörung von Nervenfasern, von Zellen der Spinalganglien, manchmal auch der Vorderhörner auf; ähnliche anatomische Veränderungen fanden sich auch nach Injection von Streptoc.-Toxinen. H. misst den umfassenden Untersuchungen Bedeutung für die Lebre von den infectiösen Spinalleiden und von der ascendirenden Neuritis bei.

108) Georges Brouardel: Les paralysies arsénicales.
(Archives de méd. expérim. et d'anat. patholog. 1896 Bd. 8. S. 786, novembre.)

Die medicinische Litteratur enthält bereits eine reiche Casuistik über Lähmungen durch Arsenik, so dass eine zusammenfassende, monographische Bearbeitung des Materials angebracht erscheint. — Nach einem historischen Ueberblick beschäftigt sich der Verfasser zunächst mit den Erscheinungen des Arsenicismus im Allgemeinen. Bezüglich der Evolution unterscheidet er eine acute (Dauer nur wenige Stunden), eine subacute (2—10 Tage) und eine chronische Form. Jede dieser Formen zeigt wieder eine bestimmte Aufeinanderfolge bestimmter Erscheinungen: 1. eine Periode digestiver Störungen, 2. eine solche der Hauteruptionen und catarrhalischen Erscheinungen des Larynx und der Bronchien, 3. eine solche der Sensibilitätsstörungen und 4. eine solche der Lähmungen. — Sodann beschäftigt sich der Verfasser eingehend mit den beiden zuletzt angeführten Symptomencomplexen.

Eine Arseniklähmung kann aus verschiedenen ätiologischen Momenten resultiren: 1. aus einer criminellen Intoxication, 2. aus selbstmörderischer Absicht, 3. aus einer zufälligen Vergiftung.

Die Intensität der Wirkung hängt ab von der Art des Giftes, dem Körpergewicht des Individuums, seinem Alter, der Art und Weise der Einführung und der mehr oder minder intensiven und schnellen Ausscheidung des Giftes.

Die Sensibilitätsstörungen pflegen den motorischen vorauszugehen: nach der Annahme einiger Autoren sollen dieselben in keinem Falle fehlen. Zumeist eröffnen Schmerzen das Krankheitsbild; Kopfschmerzen können schon am 2. Tage auftreten. Ihnen schliessen sich Schmerzen in den Beinen an. Am häufigsten klagen die Kranken über Kriebeln, demaächst auch gleichzeitig über Stechen. Diese Erscheinungen lokaligiren sich zumeist in den Unterextremitäten, aber auch in den Oberextremitäten und treten selbst am ganzen Körper auf. Weiter stellen sich Krämpfe zunächst in der Beinmuskulatur, dann auch in der des Vorderarmes auf, die mit grossen Schmerzen einhergeben können und oft von einem intensiven Gefühl des Eingeschlafenseins in den Beinen und Füssen begleitet sein können. den Krämpfen beobachtet man noch irradiirte Schmerzen, Stechen und gelegentlich eine ganze Reihe von anderen Missempfindungen. Gewöhnlich besteht eine Abnahme der Empfindung für Berührung, Schmerz und Temperatur. Dieselbe kann aber gelegentlich auch gänzlich geschwunden sein. Auch eine Verzögerung der Sensibilität und Polyästhesie sind beobachtet worden. Im Allgemeinen sind die Sensibilitätsstörungen symmetrisch vertheilt, manchmal treten sie auch einseitig auf. Der Muskelsinn fehlt manchmal gänzlich. -- Vereinzelt sind auch Amaurose, Gehörsstörungen und Abschwächung des Geschmackssinnes beobachtet worden.

Die motorischen Störungen pflegen im Allgemeinen langsam und progressiv zu beginnen, mit Vorliebe am 10. Tage. Für gewöhnlich bemerkt der Kranke, dass ihm das Gehen immer schwerer fällt; er zieht die Füsse mehr und mehr nach sich und ist schliesslich ganz unfähig zu gehen. Manchmal fällt er aber auch urplötzlich wie vom Schlage getroffen, indessen ohne Bewusstseinsverlust, hin und bleibt gelähmt. Die Lähmung beginnt im Allgemeinen an den Unterextremitäten und geht daun erst auf die Oberextremitäten über; diese werden für gewöhnlich weniger in Mitleidenschaft gezogen als jene. Die Lähmung pflegt symmetrisch zu sein. Unter 70 Fällen waren in 35 die Unterextremitäten allein, in 31 alle vier Extremitäten, in den übrigen Fällen entweder die oberen allein oder nur eine Extremität befallen. Bezüglich der mit Vorliebe befallenen Muskeln sei auf das Original verwiesen. Die electrische Untersuchung ergiebt nur sehr selten eine Umkehr der Zuckungsformel. Es kann sich ein Abnehmen oder ein Verschwinden der faradischen Contractilität, sowie eine Abnahme oder ein Erhaltenbleiben der galvanischen Contractilität finden. Die Kniereflexe pflegen zumeist aufgehoben zu sein. Jedoch kommt auch vor, dass sie erhalten geblieben, selbst gesteigert sind. Die Atrophie kann in schweren Fällen und in solchen von langer Dauer alle möglichen Grade erreichen. Es kommen aber auch Fälle ohne Lähmung vor.

Die Lähmungen gehören der subacuten und chronischen Form an. Sie beginnen immer an der Peripherie und nehmen an Intensität bis zu einem extremen Grade zu, auf dem sie eine gewisse Zeit, von einigen Wochen bis zu einigen Monaten, selbst einem Jahr und mehr verharren. Es folgt dann die Periode des Rückganges der Erscheinungen, die sehr lange Zeit andauern kann. Oft kommt es zu keiner Restitutio ad integrum: es können dann Contracturen zurückbleiben. - Quoad vitam lautet die Prognose gunstig: Nur ein Fall von tödtlichem Ausgang ist bisher veröffentlicht worden, angeblich in Folge von Lähmung der Respirationsmuskeln. Im Uebrigen muss die Prognose wegen der laugen Dauer und der Hartnäckigkeit der Erscheinungen als infaust bezeichnet werden.

Typisch verlaufende Fälle bieten hinsichtlich der Diagnose keine Schwierigkeiten. Verfasser weist im Zusammenhange auf die hierbei in Betracht kommenden Punkte, besonders in unklaren Fällen, noch einmal hin. - Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die anderen Lähmungen infectiosen Ursprunges, z. B. nach Typhus, Pocken und Diphtheritis; ferner

die Syringomyelie und die Tabes.

٠,

Die pathologische Anatomie der Arseniklähmungen ist sehr wenig bekannt. Einige Autoren nehmen eine Läsion des centralen Nervensystems, andere eine solche des peripheren und wieder andere eine solche beider Systeme an.

Die Therapie hat folgende Indicationen zu erfüllen:

1. Eine noch etwa bestehende Ursache der Vergiftungsquelle zu beseitigen;

2. die Elimination des Giftes zu beseitigen;

3. die Kräfte der Kranken aufrecht zu erhalten und der Kachexie vorznbeugen;

4 die Symptome zu bekämpfen: die Lähmungen durch Electricität und Massage, später durch Gymnastik, die Schmerzen durch Antipyrin, Chinin etc., eventuell Morphium;

5. aufmerksam alle Organe des Kranken zu überwachen, insbesondere die Nieren, das Herz und die Lungen. Denn wenn etwa ein tödtlicher Ausgang sich einstellt, dann geschieht dieses durch eine Miterkrankung dieser Organe, vor Allem der Nieren.

Den Schluss der vorstehenden Studie bildet eine eigene Beobachtung des Verfassers, eine Wiedergabe der von ihm angestellten Thierexperimente und eine Zusammenstellung aller veröffentlichten Fälle bezuglich der Aetiologie. der Haupterscheinungen, des Verlaufes etc. Buschan.

109) Paul Moreau (Tours): L'alcoolisme chez les enfants. (Annales médico-psychologiques 1895, p. 337 ff.)

Die Häufigkeit des Alcoholismus bei Kindern ist nach Ansicht des Verfassers noch nicht genügend gewürdigt worden; er stellt daher in der vorliegenden Arbeit eine grosse Reihe von solchen, theils von ihm selbst beobachteten, theils aus der Litteratur gesammelten Fälle zusammen. Unter den Ursachen nimmt die Heredität den ersten Platz ein; ausserdem sind es gewisse überlieferte Sitten und Gebräuche und als Gelegenheitsursache Durst, Neugier u. a., die das Kind zum Alcoholisten machen. Die klinischen und pathologischen Erscheinungen sind im Wesentlichen dieselben wie beim Erwachsenen; es sind dies einerseits Störungen der Intelligenz, der affectiven und moralischen Gefühle, andererseits psychische Erkrankungen; so beobachtete man bei kindlichen Alcoholisten das Vorkommen von Delirium tremens, Hysterie, Epilepsie, Moral insanity u. s. w. und sah die Lebercirrhose schon sehr frühzeitig auftreten.

Die Prognose ist eine ungunstige angesichts der hereditären Belastung der meisten mit Alcoholismus behafteten Kinder und angesichts der Unsicherheit der Behandlung; letztere hat hauptsächlich eine prophylactische zu sein; Hygiene und Gesetzgebung müssen hier in Wirksamkeit treten.

H. Kauffmann (Sonnenstein).

110) Bourneville et Boyes: Instabilité mentale, alcoolisme, crises hystériformes, guérison.

(Arch. de Neurol. 1896, Nr. 8,) C. C., 13 Jahre alt, Sohn eines Weinhändlers, hatte in der Jugend Rötheln und Scharlach, später Influenza durchgemacht, der sich eine eitrige linksseitige Otitis media zugesellte, wegen der er zweimal trepanirt wurde. Abgesehen davon, dsss er seit langem onanirte, war seine geistige und körperliche Entwicklung normal gewesen. In seinem 13. Jahre gewann er Geschmack an dem Wein, den seine Eltern verkauften; er wusste sich solchen heimlich zu verschaffen und war mehrfach betrunken. Seitdem änderte sich sein Character: er wurde faul, unordentlich, ungehorsam, rechthaberisch, jähzornig, verfiel zeitweise in Tobsucht und bekam hysteriforme Anfälle; seine Intelligenz erschien dabei ungeschwächt. - Absolute Entziehung aller geistigen Getränke, Hydrotherapie und strenge, zielbewusste Leitung erreichten in wenigen Monaten wesentliche Besserung. Der Knabe wurde wieder ein fleissiger und folgsamer Schüler, über dessen Leistungen und Betragen keine Klagen mehr einliefen; auch vom Alcoholmissbranch bat er sich während der letzten 21/2 Jahre ferngehalten.

Falkenberg (Lichtenberg).

111) F. Senlecq (interne de la maison nationale de Charenton et des asiles de la Seine): Un cas de morphinomanie.

(Annales médico-psychologiques 1895, p. 24. ff.)

Eingehende Beschreibung eines sehr characteristischen Falles von Morphinismus. Patient hatte wegen eines schmerzbaften Blasenleidens in einem Krankenhause 3 Monate lang regelmässig 0,12-0,16 Morphium pro die erhalten und war bedauernswerther Weise entlassen worden, ehe ihm das gefährliche Medicament abgewöhnt worden war. Er trieb darnach 7 Jahre lang Morphiummissbrauch und steigerte die Dosis allmählich bis zu 2,0 pro die.

Interessant sind die Schilderung der Erscheinungen, in denen sich die Morphiumcachexie zeigte, die Beschreibung der Beschwerden während der Entziehungskur und der Eintritt der Gesundung nach der gelungenen Entwöhnung.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

112) S. Kalischer: Ueber Schwefelkohleustoffvergiftung. (Allg. Med. Centralzeitung 1896, Nr. 55)

Krankengeschichte eines typischen Falles: 28jähriger Arbeiter, seit 13 Jahren in einer Kautschukfabrik beschäftigt und zwar 2-3 Stunden täglich mit Vulcanisiren. Erste Erkrankung vor 8 Jahren mit erheblichen Sehstörungen; Heilung durch halbjährige Pause, Jodkali und Schwitzkur.

— Die jetzige Krankheit zeigt neben allgemeiner Schwäche, Abmagerung, hypochondrischer Verstimmung besonders noch fibrilläres, auch fasciouläres Muskelzittern, zuweilen schmerzhafter Natur; ferner einen schnellschlägigen Tremor der Hände und des Kopfes, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, Sensibilitätsstörungen im Gebiete des rechten N. radialis und medianus, sowie an beiden Oberschenkeln; keine electrischen Veränderungen. Potenz herabgesetzt; geringe Verminderung der Sehschärfe und Einengung für Farben; opthalmoscopisch eine abgelaufene retrobulbäre Neuritis. — Mässige Besserung durch 3wöchentliche Krankenhausbehandlung; die Sensibilitätsstörungen betrafen nunmehr nur noch inselförmige, symmetrische Flecke. —

Wie die nachfolgende allgemeine Besprechung der Schwefelkohlenstoffvergiftung lehrt, fehlten in dem Falle die psychischen Erregungszustände, Koliken und die stärkeren Störungen der sensorischen und sensiblen Sphäre. Bezeichnend ist dagegen der hysterische Character des Symptomencomplexes und Verfasser sieht die Hysterie in diesen Fällen nicht als ausgelöst, sondern direct verursacht durch die Intoxication an. —

Besondere Beachtung schenkt K. dem Tremor und den fibrillären Zuckungen in ihren Beziehungen zu Erkrankungen sowohl der Vorderhornzellen wie der peripheren Nerven; er restmirt, dass die Bedeutung der genannten Symptome noch erst festzustellen sei.

Loewenthal (Frankfurt a. M.).

c) Neurosen.

113) Krainski (Charkow): K utschenin o patologii epilepsii. I. Lieferung. (Zur Lehre von der Pathologie der Epilepsie)

(Charkow, Silberberg, 1896 36 S.)

An einer Reihe von Epileptikern machte K. längere Zeit hindurch Bestimmungen der Harnsäureausscheidung. Er fand stets, dass dem Anfall eine Harnsäureretention vorausging, eine Vermehrung der Harnsäure folgte; er stellt die Regel auf (s. v. Bechterew's russisches Centralblatt S. 9, 1896), dass, so lange bei einem Epileptiker die tägliche Harnsäure-Ausscheidung 0,6-0,8 gr beträgt, kein Aufall zu erwarten ist, dass aber ein Sinken der Säuremenge unter 0,35 einen Anfall anzeigt, der meist 3 Tage darauf eintritt. — Im Gegensatz zu Haig sieht er in der Harnsäureretention nicht die Ursache des Anfalles, sondern den Index für das Verhalten unbekannter Substanzen, deren Anhäufung den Anfall hervorruft. Den Anfall müsse man betrachten als Waffe des Organismus gegen, sonst verderbliche, Reactionsvorgänge im Organismus. Kurella.

114) Derselbe: Toxicität des Bluts bei Epileptikern.
(v. Bechterew's Centralblatt 1896, S. 103.)

Injicirt man 2-6 cbm Blut Epileptischer subcutan bei Kaninchen, so ändert sich ihr Verhalten nicht, wenn das Blut in anfallsfreien Zeiten oder kurz nach dem Anfall entnommen wurde; wird das Blut während eines status epilepticus oder eines schweren epileptischen Zustandes entnommen, so tritt unmittelbar Lähmung der Hinterbeine ein und später periodische Anfälle, unter denen das Thier in der Regel binnen 4-8 Tagen zu Grunde geht.

115) Derselbe: Ueber den Gehalt des Bluts Epileptischer an carbaminsaurem Ammoniak.

(v. Bechterew's Centralblatt 1896, S. 18ô.)

Aus theoretischen Erwägungen kommt K. zu der Annahme, dass eine Anhäufung von carbaminsaurem Ammoniak, welches durch Wasseraufnahme aus Harnstoff hervorgehen kann, den epileptischen Anfall hervorrufe. In einer weiteren Mittheilung (B.'s Centralblatt S. 603—610) knüpft er an die Theorie Drechsel's über die Herkunft des Harnstoffs aus carbaminsaurem Natron und nimmt an, dass beim Epileptiker an Stelle dieses das carbaminsaure Ammoniak im Blute sich anhäuft.

Kurella.

116) Ch. Féré: Note pour servir à l'histoire des troubles gastriques de l'épilepsie et de l'hérédité morbide progressive.

(Journ. de neurol. et d'hypnol. 1896, Bd. 1, S, 112.)

Grossmutter der Kranken hatte in der Jugend Migrane, seit ihrem 60. Lebensjahre vorübergehende paralytische Attaquen des linken Armes und schliesslich linksseitige Hemiplegie. Ihre Tochter leidet seit dem 4. oder 5. Jahre an Migraine ophthalmique, die von paralytischen und convulsiven Erscheinungen im linken Arm begleitet ist; 2 mal hatten sich in der letzten Zeit auch allgemeine Krämpfe mit Bewusstseinsverlust eingestellt. Eins ihrer Kinder starb mit 3 Monaten an Krämpfen. Die zweite Tochter, die Kranke, deren Geschichte F. im vorliegenden Aufsatze berichtet, bekam mit dem 15. Lebensjahre Anfälle von petit mal, die allmählich häufiger wurden. Mit dem 16. Jahre machten sich sehr schmerzhafte Krisen in der Magengegend (bruske, sehr heftige Schmerzen) bemerkbar, die für einige Minuten die Kranke betäubten, dann in Müdigkeit übergingen, im Uebrigen aber keine weiteren Störungen zurückliessen. Die Magen. und Darmfunctionen waren in den Intervallen normal. Die späteren Krisen waren von Speichelfluss und Gefühl von Hitze im Kopf (bei extremer Gesichtsblässe) begleitet. Seit einem Jahre (die Kranke zählt 18) stellten sich zweimal in den Unterextremitäten Krämpfe von kaum 1 Minute Dauer ein, die mit Bewusstseinsverlust einhergingen. - Anzeichen für Hysterie bestehen weder bei der Patientin, noch bei ihrer Tochter. Buschan.

117) F. W. Langdon (Cincinnati): Epilepsy and other convulsive diseases, a study in neuro-dynamics and pathogenesis.

(Journ. of nerv. and ment dis. 1896 Nr. 9, S. 597.)

Verfasser stellt folgende Hypothese auf:

Epilepsie, Chorea und wahrscheinlich die meisten convulsiven Krankheiten siud der dynamische Ausdruck für eine ungenügende Inhibitionsfähigkeit. Die Ursache dieser Unfähigkeit muss man in den terminalen büschelartigen Verzweigungen der collateralen Fortsätze der verschiedenen corticalen Neurone suchen, wobei ihre Lage mit dem Typus der Krankheit, je nachdem ob sensitiv, psychisch oder motorisch variirt. Dieser Defect besteht höchst wahrscheinlich in einer fehlerhaften Structur (geringer Durchmesser, ungenügende Isolirung, unvollständiger Contact) oder in einer zu kleinen Anzahl der collateralen Fortsätze der genannten Neurone, auch wohl in beiden Erscheinungen gleichzeitig. Insufficiente collaterale Endverzweigungen können das Auftreten convulsiver Aufälle auf zweierlei Weise begünstigen: a) indem sie die Verbindungen mit anderen Neuronen abschwächen, b) oder den Widerstand gegen Ströme, die eine temporäre Ueberladung der motorischen Axencylinder herbeiführen, vermehren.

Die vorstehende Auffassung von der anatomo-dynamischen Basis der convulsiven Erscheinungen bezeichnet Verfasser als "collaterale Theorie".

Wenn man von diesem Gesichtspunkt ausgeht, kann man drei Formen der Epilepsie unterscheiden, die bezüglich der Prognose und Behandlung differiren:

- 1. Primäre oder durch die Entwicklung bedingte Epilepsie. Diese umfasst die idiopathischen Fälle, die vor dem 20. Jahre entstehen. Je jünger in solchen Fällen das Individuum ist, je günstiger seine hereditären Antecedentien liegen und je besser die Verhältnisse sind, in denen es lebt, um so besser wird auch die Prognose unter einer vernünftigen Behandlung sein. Das Endresultat wird von der Möglichkeit abhängen, eine gleichmässige Entwicklung der collateralen Aeste hervorzurufen.
- 2. Die accidentellen Formen: Diese verdanken ihre Entstehung einem Trauma, der Syphilis, Bleivergiftung, Toxinen etc. Die Prognose variirt nach der Länge oder Kürze des Leidens, und nach der Möglichkeit, die Ursache zum Schweigen zu bringen. Dieselbe ist immer so lange günstig, als sich noch keine permanenten Veränderungen der collateralen Verästelungen gebildet haben.
- 3. Den degenerativen Typus. Es sind dieses die selten auftretenden (nicht accidentellen) Fälle, die sich am Erwachsenen und Greise einstellen. Hier wird man nur Linderung erfahren können, wie in anderen Fällen von Entartung.

 Buschan.

118) Mouflier: Epilepsie jacksonienne à type "brachial", déterminée par un corps étranger de l'oreille.

(Union méd. du Nord-Est 1896, Nov. 80.)

7jähriges Mädchen leidet seit einem Monat an epileptischen Anfällen, die sich hauptsächlich im rechten Arm localisiren. Denselben ging eine Aura voraus. Sie wiederholten sich 8-12 mal innerhalb 24 Stunden. Ihre

Dauer betrug knapp eine Minute. Als ursächliches Moment vermochte Verfasser anfäuglich nichts ausfindig zu machen, bis ihm die Mutter erzählte, dass das Kind sich vor 5 Monaten eine Thoukugel in das rechte Ohr gesteckt habe. Diese wurde herausbefördert und vom Augenblick an blieben die Anfälle fort.

Es handelte sich also offenbar um Reflex-Epilepsie.

Buschan.

119) Krewer: Ein Fall von Paramyoclonus multiplex.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 89, p. 62 ff.)

K. berichtet über ein jetzt 19jähriges Mädchen, das bis zum 12. Jahre gesund war. Von da bis zum 17 Jahre (1894) traten seltene epileptische Anfälle auf. 1894 bemerkt Patientin zuerst seltene Zuckungen auch in der anfallsfreien Zeit bei vollem Bewusstsein. Diese Zuckungen in allen möglichen Muskelgruppen, oft in einzelnen Partien eines Muskels (Pect. major) oder in Muskeln, die allein für sich nicht innervirt werden (Supinator longus) wurden allmählich stärker und häufiger, es bildeten sich gute und schlechte Tage heraus. An schlechten Tagen war Patientin nicht im Stande, sich zu ernähren oder zu gehen. Verstärkungen der Zuckungen waren immer gefolgt von epileptischen Anfällen. Psychische Affecte sollen die Anfälle verstärken, das Wetter soll keine Einwirkung haben. Seit 1½ Jahren ist auch die Sprache, die durch die Zuckungen oft unterbrochen wird, gestört, an schlechten Tagen ist Patientin nicht im Stande zu sprechen.

Aus dem Status ist hervorzuheben, dass die Sensibilität vollkommen normal, die Patellarreflexe gesteigert waren. Die Sprache ist in den freien Momenten normal, ebenso die active und passive Beweglichkeit des Kopfes und der Gelenke. Willensanstrengung kann mässige Zuckungen auf Momente unterdrücken. Alle möglichen Muskeln zucken in schwereren Zeiten, in leichteren meist nur einzelze bestimmte (z. B. im Gesicht der M. auricularis oris und M. levator anguli oris).

Die Zuckungen, die bei Beobachtung stärker werden, sind blitzartig, ohne jedes System, Rhytmus oder Regelmässigkeit und auf beiden Körperhälften gleich stark. Intendirte Bewegungen verstärken sie. Doch trifft diese Verstärkung nicht die zur gewollten Bewegung nothwendigen Muskeln, sondern alle anderen. während leichtere frei bleiben.

lm Schlafe fehlen sie fast vollkommen. Die epileptischen Anfälle treten meist Nachts auf. Intellect ist ungestört. Nach kritischer Besprechung der vorhandenen Litteratur reiht Verf. seinen Fall der Paramyoclonie Unverricht's an.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in den Ausführungen über das Wesen der Krankheit. Frie dreich, der zuerst einschlägige Beobachtungen veröffentlichte, nahm eine Reizung der Vorderhornganglienzellen an. Gegenwärtig sind 2 Theorien, die spinale und die cerebrale, die herrschenden. Verfasser ist Anhänger der cerebralen und zwar betont er mit Recht im vorliegenden Falle den wichtigen Zusammenhang von stärkeren Zuckungen und epileptischen Anfällen. Erstere gingen letzteren so typisch voraus, dass schon 24 Stunden vorher die Anfälle mit Sicherheit vorausgesehen werden konnten. Dementsprechend sieht er den Sitz der Krankheit in der Corticalis des Grosshirns und glaubt, dass zuerst eine bestimmte Affection die Corti-

Digitized by GOOGIC

calis befällt, welche eine Reizung derselben und dadurch die epileptischen Anfälle hervorruft. Darauf werden auch die Ganglienzellen, welche vielleicht als Centralorgane eines jeden Muskels angesehen werden könnten, ganz schleichend — Zelle für Zelle — in Mitleidenschaft gezogen werden und die clonischen Muskelzuckungen erzeugt. Gegen die spinale Theorie (Friedreich) spricht auch noch das regelmässige Fehlen jeder Ernährungsstörung in den befallenen Muskeln.

Dauber-Würzburg.

120) M. Nonne und O. Beselin: Ueber Contractur- und Lähmungszustände der exterioren und interioren Augenmuskeln bei Hysterie. Aus dem Vereins-Hospital zu Hamburg. (Festschrift, dem ärztlichen Verein zu Hamburg zur Feier seines 80jährigen Jubiläums gewidmet.)

(Leipzig. Verlag von Langkammer. 1896.)

Die Verfasser bringen die Litteratur über die hysterischen Augenmuskelaffectionen und fügen dann der ziemlich spärlichen Casnistik einige neue Fälle hinzu und zwar einen Fall von hysterischem Einwärtsschielen, einen solchen von Blepharospasmus. Bei diesen beiden Fällen handelte es sich um Contracturen von Augenmuskeln. Nun folgen Fälle von hysterischen Augenmuskellähmungen. Zuerst wird ein Fall von einer isolirten Lähmung des musc. obliquus superior zunächst des linken und ein Jahr später des rechten Auges geschildert, dann eine vorübergehende Lähmung zuerst des linken Rectus inferior, der später eine solche des rechten Rectus superior folgte, bei einem hystero-neurasthenischen Herrn beschrieben, hierauf folgen 2 typische Fälle von Accomodationslähmung bei nervösen - hysterischen - Kindern. Auch Pupillenanomalien in Folge von Hysterie haben die Verfasser beobachtet und zwar einen Fall von functionell bedingter Parese des einen musc. sphincter iridis bei einer mit typischer "grande hystérie" behafteten Kranken, sowie eine doppelseitige Ophthal-moplegia inferior. Als Sitz für diese Pupillenlähmungen nehmen die Verfasser die Hirnrinde an.

121) Ch. Féré: Note sur l'achillodynie hystérique.
(Revue neurologique, Nr. 11, 1896.)

Schon in einer 1889 veröffentlichten Mittheilung über Paralysis nocturna der Hysterischen wurde von Féré das Vorkommen einer Schmerzhaftigkeit der Achillessehne erwähnt, welche sich bei Bewegungen und Druck äusserte, von keiner Anschwellung begleitet war und lange die übrigen hysterischen Störungen überdauerte. Inzwischen wurde von Albert (Wien) und einer Anzahl anderer Beobachter (Schüller, Rössler u. A.) unter dem Titel "Achillodynie" eine Affection beschrieben, welche dadurch sich characterisirt, dass das Gehen und Aufrechtstehen durch einen an der Ansatzstelle der Achillessehne auftretenden Schmerz unmöglich gemacht wird, der im Liegen vollständig verschwindet. Man hat als Ursache dieses Schmerzes verschiedene anatomische Läsionen angenommen, partielle Ruptur der Sehne, peritendinöse Cellulitis, Entzündung eines Schleimbeutels zwischen Achillessehne und Calcaneus etc., während in dem erwähnten Falle Féré's es sich um eine Algie ohne gröbere anatomische Läsion, abhängig von

einem hysterischen Allgemeinzustande, handelte. Féré hat inzwischen zwei weitere hiehergehörige Fälle beobachtet.

Beobachtung I betrifft eine 28jährige ledige Näherin, welche bereits an verschiedenartigen hysterischen Zufällen gelitten hatte; nach einer Durchnässung der Füsse stellte sich bei der Patientin Schwäche beider Beine, links vorwaltend, und zu gleicher Zeit Oedem beider Füsse, dieses ebenfalls links stärker ausgesprochen, ein. Bei der Untersuchung fand man beide Füsse gleichmässig geschwollen; es handelte sich um ein weiches Oedem ohne Veränderung der Hautfärbung. Zu beiden Seiten der Achillessehne nahm man eine umfängliche Erhebung wahr und das subtendinöse Zellgewebe und der Schleimbeutel schien geschwollen. Dorsalflexion des Fusses und Druck auf die Sehne waren ungefähr gleich empfindlich. Die Affection währte etwa 2 Monate, während welcher Zeit Schinerz und Anschwellung immer die gleichen Schwankungen zeigten. Féré bemerkt, dass es in diesem Falle nicht möglich ist, mit Sicherheit den Schmerz von dem Oedem zu trennen und ein prätendinöses Hygrom auszuschliessen. Die neuropatbischen Gelenkanschwellungen sind zwar gewöhnlich schmerzlos, doch kann die Ausdehnung gewisser Partien Schmerzen hervorrufen.

In Beobachtung II liegt eine rein hysterische Algie vor. Eine 26jährige Dame mit reichlichen hysterischen Antecedentien und permanenten
Stigmen fühlte auf einem Balle nach einer peinlichen Gemüthserregung ihre
Beine zittern, so dass sie sich setzen musste. Als sie wieder aufstehen
wollte, machte sich oberhalb der Ferze eine schmerzhafte Spannung bemerklich und sie konnte nur mit Schmerz einhergehen. Beim Erwachen am
nächsten Morgen war der Schmerz noch vorhanden und das Gehen sehr
beschwerlich, die Patientin musste hiebei die Dorsalflexion des Fusses meiden.
Der Schmerz war auf beiden Seiten ziemlich gleich; Auschwellung und
Veränderung der Hautfärbung in der Nachbarschaft der Sehne fehlten
gänzlich; auch die Sehne selbst zeigte keine Veränderung, sie war jedoch
druckempfindlich, die active und passive Dorsalflexion des Fusses äusserst
schmerzhaft. Die Affection gelangte nach 6 Wochen erst vollständig zur
Heilung; sie zeigte während ihres Bestehens die gleichen Schwankungen
wie andere gleichzeitig vorhandene hysterische Algien.

L. Löwenfeld.

122) Gräupner (Nauheim): Beitrag zur Kenntniss der Vomitusreflexneurosen (Vagoneurosen). (Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 14.)

Bei einem nervösen und hereditär belasteten 34jährigen Rechtsanwalt trat anscheinend in Folge von Tabakmissbrauch im Jahre 1892 Brechreiz bei den verschiedensten Anlässen auf: bei geringer Hemmung der Nasenathmung, beim Anlegen unbequemer Halskragen, beim Eintreten in glühenden Sonnenschein, in ein heisses Zimmer, bei Trübung der Brillengläser durch Regentropfen oder aufgeworfenen Schmutz, besonders aber bei beginnender Füllung der Blase und eintretendem Defäcationsbedürfniss. Der Brechreiz hörte sofort auf, wenn die Störung aufgehoben wurde und minderte sich, wenn Patient solide und mässig lebte. Objectiv liess sich nur Beschleunigung der Herzreaction (90, bei geringen körperlichen Austreng-

ungen auf 120-130 ansteigend) und der Respirationsthätigkeit nachweisen.

Digitized by GOOGLE

Es haudelte sich jedenfalls um gesteigerte Erregbarkeit des Vomircentrums (der Vaguskernregion) mit Betheiligung der Herz- und Lungenfasern. Eine Badekur hob die Brechneigung auf, während die Störungen der Herz- und Respirationsthätigkeit bestehen blieben. Hoppe.

123) Manheimer: Deux observations de troubles vaso-moteurs d'origine hystérique.

(Arch. de Neurol. 1896, II, Nr., 9.)

I. 27jähriges Mädchen zeigte neben einer ganzen Reihe anderer hysterischer Symptome auch oedeme bleu (Charcot); Farbe und Grad der Schwellung wechselte, meist war die linke Hand betroffen, anfallsweise stellte es sich auch an der rechten Hand und im Gesicht ein; durch Suggestion konnte es hervorgerufen werden. Die Genese des Oedems führt M. auf einen Krampf der Gefässe, namentlich der Arterien, zurück.

II. 28jähriger Arbeiter mit characteristischen hysterischen Erscheinnugen litt u. a. an anfallsweise auftretender Hyperidrosis, während zu
anderen Zeiten Anfälle von "Schüttelfrost" (ohne eigentliches Kältegefühl)
auftraten, an die sich eine mehr oder minder lange andauernde eigenthümliche Veränderung der Häute anschloss, die Verfasser als "Gänsehaut"
bezeichnet. Solche Anfälle wurden bis zu 100 an einem Tage beobachtet.
Sehr ausgeprägt zeigte derselbe Kranke auch das Symptom der Dermographie.
Falkenberg (Lichtenberg).

124) H. J. Vétlesen: Sympathicusneurose.
(Norsk Mag. f. Lægevidensk. 1896, 57. Jahrg., S. 711.)

Ein 30jähriges Mädchen litt an verschiedenen Symptomen, hauptsächlich Rückenschmerzen, Herzklopfen und periodisch auftretender Albuminurie, welche ein Herz- oder Nierenleiden vermuthen lassen konnten. Der Verfasser neigt jedoch zu der Auffassung, dass es sich hier nicht um eine organische Krankheit, sondern um eine functionelle Affection des Sympathicus handelt. Die Herzsymptome waren inconstant und ähnelten keiner der bekannten organischen Herzaffectionen. Der Urin enthielt keine Cylinder und nur eine geringe Menge von Albumin, welche zeitweise gänzlich verschwand. Ausserdem deuteten mehrere Symptome, wie Anfälle von Pseudo-angina pectoralis, Dysmenorrhöe und Anfälle von Migräne, leichte Störungen der Eindrucksfähigkeit u. s. w. mehr in die Richtung einer Neurose. Und die Resultate der Behandlung denteten in dieselbe Richtung, indem die Kranke durch Injection von "liquide cérébral" und Natr. phosph. beinahe völlig geheilt wurde.

125) Alexander Reid Urquhart: 2 Fälle von Raynaud'scher Krankheit. (Two cases of Raynaud's disease occurring in James Murray's Royal Asylum, Perth.)

(Edinbourgh med. Journal, März 1895.)

1. Patient stammt aus einer Familie, in welcher mehrere Mitglieder an Rheumatismus gelitten hatten. Er selbst hatte vor 7 Jahren das gelbe Fieber gehabt und eine heftige Attaque von blutiger Diarrhoe durchgemacht. Nach diesem Anfall blieb längere Zeit eine bedeutende geistige und körperliche Schwäche zurück. Sieben Wochen vor seiner Aufnahme ins Hospital

hatte er den nämlichen Zustand, der eine stark deprimirte, hypochondrische Stimmung und Schlaflosigkeit hinterliess. Im Krankenhaus zeigten sich bedeutende psychische Störungen: Patient war bald sehr heftig und obstinat, lief unruhig bin und her, bald lag er ruhig und still auf einem Fleck. Er war unsauber. Der Urin musste mit dem Catheter entleert werden. Nach einiger Zeit begann der rechte Fuss zu schwellen, verfärbte sich dunkelbraun und wurde kult. Quer über die Tibia zog eine Demarkationslinie. Auch auf der linken Patella und auf der rechten grossen Zehe bildeten sich rothe Flecken.

Der Sectionsbefund ergab ein atrophirtes Gehirn. An den verfärbten Stellen der Extremitäten fanden sich Blutaustritte zwischen der Haut und den Knochen, die Gefässe waren stark dilatirt. Zeichen von Neuritis konnten nicht constatirt werden. U. fasst den Zustand als das letzte Stadium der Raynaud'schen Krankheit auf.

Als zweiten Fall führt Verfasser eine Patientin an, die, nachdem sie Jahre lang an melancholischen Verstimmungen mit Selbstmordideen und geringer Nephritis gelitten hatte, Absterben der Finger bekam. Bald darauf wurden die Zehen blau und es bildeten sich auf denselbeu braune Flecken. Sie selbst hatte das Gefühl, wie wenn ihr die Füsse todt wären. Diese Erscheinungen hielten mehrere Wochen an, bildeten sich aber dann zurück und es trat vollkommene Heilung ein.

Bielschowsky (Broslau).

126) C. C. Aitken (London): Raynaud'sche Krankheit bei Urämie. (Raynaud's disease associated with uremia,)
(Lancet, 26. September 1896.)

Der 43jährige Patient leidet seit 6 Jahren an Gicht und Albuminurie, stammt aus einer neuropathischen Familie; die ersten Anfälle von Cyanose kamen an den Ohren vor, und zwar vor 8 Jahren, ein Jahr nach ihrem Auftreten wurden auch die Finger ergriffen und nach einem weiteren Jahre die Zehen. Die Anfälle erschienen fast symmetrisch, es ging der Cyanose ein Stadium der Syncope mit Blässe und Kälte der Theile und Taubheitsgefühl voraus. Auf der Höhe der Cyanose fand sich Verlust der Berührungs empfindung und heftiger Schmerz. Später kam es an mehreren Fingern zu Gangrän der letzten, an den Zehen auch der zweiten Phalangen.

Das Interessante des Falles ist, dass der Gefässkrampf nicht nur an den Extremitäten, sondern auch in der Retina auftrat und dass auch die Gefässe der Nieren daran Theil nahmen; jedenfalls zeigte die Harnstoffausscheidung während der Anfälle von Cyanose eine ausgesprochene Verminderung. Ferner schien mehrmals ein Zusammenhang zwischen den Anfällen von Gefässkrampf und den urämischen Anfällen unverkennbar; so war am Morgen des 4. Juli 1895 die Harnstoffmenge sehr vermindert; kurz darauf begann ein Anfäll von Gefässkrampf an den Extremitäten und auf der Retina; auf der Höhe des Gefässkrampfes trat am 6. Juli ein urämischer Anfäll ein; am 9. Juli dauerte der Gefässkrampf noch an und es kamen zwei weitere urämische Krampfanfälle. Drei Stunden nach dem letzten Krampf stieg die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffs, die Retinagefässe zeigten wieder ihre normale Weite und die Cyanose der Extremi-

täten verschwand, Einige Wochen darauf starb der Kranke in urämischen Anfällen, welche sich an Gefässkrämpfe unmittelbar angeschlossen hatten. A. neigt dazu, die Uramie nicht als Ursache der Asphyxie, sondern einen, der Hautstörung entsprechenden, Spasmus der Nierengefässe als Ursache der urämischen Anfälle und der Nephritis anzusehen. Die Section des Falles war nicht gestattet worden. Knrella.

127) S. Stephan: Fall von Sklerodactylie. (Weekblad 1896, II, Nr. 6.)

128) Th. Fuchs (Wien): Raynaud'sche Krankheit und Sklerodactylie. (Wiener klinische Wochenschrift 1896, Nr. 89)

Es handelt sich um drei Fälle von Sklerodermie, die neben einer vorwiegenden Localisation im Gesichte mit ausgeprägter Sklerodactylie und localer Asphyxie der Hände einhergehen. In den beiden Fällen von F. bestand zugleich bräunliche Pigmentirung von Hautstellen, welche der Luft oder mechanischen Reizen besonders ausgesetzt sind. Alle 3 Fälle betreffer Frauen zwischen 20 und 30 Jahren. In einem der Fälle von F. war es zur Gangrän einer Phalange gekommen, in beiden zu kleinen Abscessen an den Fingern. Ebenso zeigen beide Fälle Prurritus, der in dem Falle von S fehlt. Die Sensibilität war in allen Fällen intact, die Bewegung der Phalangen, zum Theil auch der Handgelenke, in allen Fällen durch die Sklerose stark beeinträchtigt. Locale Syncope bestand in keinem der Fälle. Bemerkenswerth ist in dem Falle von S. die Dicke der Haare auf der erkrankten Haut der Hände und ihre Erection bei hochgradiger Asphyxie. Irgend eine Infection liess sich bei allen ausschliessen. F. denkt sich das Zustandekommen der Erscheinungen etwa so, dass die Erkrankung des trophischen Centrums der Haut zur Entartung ihres Bindegewebes führe, zugleich sei das vasomotorische Centrum "hypertonisch" und veranlasse unter den peripheren Reizen aus der erkrankten Haut eine tiefe Störung der Hautinnervation. Das ist eine sehr complicirte Vorstellung.

S. hebt vielfache Analogien zwischen Sklerodermie und Morbus Basedowii hervor, betont besonders das Vorkommen von Hemiatrophie des Gesichts, deutet ferner an, dass die Gefässveränderungen bei symmetrischer

Gangran auf Neuritiden zurückzuführen sein dürften.

Im Ganzen kommen beide Autoren über Analogien, die sie gern zu Identitäten machen möchten, nicht weit heraus; es ist merkwurdig, dass die Hantpigmentirung in den Fällen von F. eine weitere Analogie der Sklerodermie mit der von S. herangezogenen Basedow'schen Krankheit darstellt. Beide Autoren eitiren eine umfängliche Litteratur, jeder aber eine andere, so dass beide Artikel die Quellenangaben der Lewin-Hellerschen Monographie der Sklerodermie in willkommener Weise ergänzen.

Knrella.

129) Rossolimo (Moskau): Ein Fall von localer Asphyxie bei Muskelatrophie. (Russisch.)

(Bechterew's Centralblatt 1896, S 928 ff.) Der 40jährige Kranke hat als Kind eine Ulna-Fractur erlitten, seitdem besteht Kältegefühl und dumpfer Schmerz im linken Arm. Seit 9 Jahren wird die linke Hand bei Kälte blau und fängt an, etwas abzumagern. Zugleich entwickeln sich auf ihr zimmtfarbene, abschuppende Flecke. Vor einem Jahre beginnt — nach läugerem Verweilen in heftiger Kälte — der linke kleine Finger dunkelblau zu werden, seine Umgebung wird roth und schmerzhaft und die letzte Phalange fällt ab. Gegenwärtig besteht links Paralyse des Hypothenar und der Interossei, Schwäche der Daumenmuskulatur. Im Gebiete des Ulnaris sind alle Arten der Sensibilität abgeschwächt. Das Muskelgefühl im 4. und 5. Finger gestört. Die Haut der Finger ist cyanotisch, kühl, atrophisch und mit schuppenden Flecken bedeckt.

R. sieht das Hauptinteresse des Falles darin, dass viele Jahre nach einem Trauma im Ulnarisgebiet trophische und vasomotorische Störungen in demselben auftreten. Referent möchte an den Fall von Jacques erinnern (Annales de dermatologie 1892), wo sich bei einem Falle von Sklerodermie Syringomyelie einstellte. Kurella.

130) Grasset (Paris): Allgemeine congenitale Sklerodermie. (Un "homme momie".)

(Nouv. Iconographie de la Salpêtrière 1896, H. V. S. 257.)

Eine Reihe guter Photographien illustrirt einen Fall congenitaler Sklerodermie mit einfacher myopathischer Muskelatrophie und allgemeinem Infantilismus; jedenfalls ein ganz eigenartiger Fall; Sklerodactylie sehr ausgesprochen, keine Desquamation, Ulceration oder Asphyxie der Finger; keinerlei nervöse Störungen. Intelligenz normal. Haut gleichmässig schmutzig-gelb.

Kurella.

131) G. Delamare (Paris): Trophische Störungen an den Nägeln. (Troubles trophiques des ongles au cours de l'hystérie et de la maladie de Rayn au d. (Nouv. Iconographie de la Salpétrière 1896, H. VI, S. 870.)

5 Fälle von trophischen Störungen der Nägel werden beschrieben und zum Theil abgebildet. 2 davon betreffen Hysterische, 2 andere Fälle von localer Asphyxie, Die Störungen waren am meisten in den Fällen ausgesprochen, wo sich schwere Störungen der Sensibilität an den Fingern fanden. In den Fällen von localer Asphyxie sahen die Fingernägel ganz wie schlecht gepflegte, verkümmerte Zehennägel aus.

Kurella.

132) Wolff (Wilhelmsburg): Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva.
(Münch. med. Wochenschrift Nr. 1, 44. Jahrg.)

Der Fall betrifft einen 5jährigen Knaben, dessen rechte Gesichtshälfte durch Muskelschwund (Theile des M. frontalis, Muskulatur der Augenlider und der rechten Oberlippe), sowie durch starke Pigmentirung in dem atrophischen Gebiete entstellt ist. W. lässt die Frage offen, ob es sich hiebei um eine genuine Zell- und Fettgewebsatrophie oder um eine Neurose handelt, ebenso inwieweit letzteren Falls Facialis und Sympathicus betheiligt sind.

Für die Annahme einer Affection des Sympathicus spreche die Erweiterung der rechten Pupille und die Pigmentirung; denn auch die "Pigmentskrankheit $K\acute{\alpha} \acute{\epsilon} \acute{\epsilon} o \chi \acute{\eta} \nu$ " des Morbus Addisonii sei sicher von einer Affection des Bauchsympathicus abhängig.

Blachian (Werneck).

133) K. Dehio (Dorpat): Ueber Erythromelalgie.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 37,) Die Grundlage der Aufsätze bildet ein Fall, den D. bei einer 50jährigen Wäscherin beobachtet hat.

Die Krankheit begann 1890 mit Schmerzen in den Fingern der reehten Hand und in den Zehen des rechten Fusses. Im Laufe von 4 Jahren entwickelten sich: 1. Habituell diffuse schwere Kopfschmerzen mit zeitweiligen Exacerbationen, letztere oft mit Erbrechen verbunden, und eine blasse Cyanose der Gesichtshaut mit einer an Myxödem erinnernden Anschwellung derselben; 2. in der linken Hand permanente Schmerzen, intensive Röthung und flache Knötchenbildung der Haut, Schwitzen, glatte Atrophie der Haut der Finger, ferner auf die Arterien des linken Arms beschränkte Arteriosklerose; 3. neuralgische Schmerzen in der Gegend des linken Schultergürtels und 4. Röthung und Schmerzhaftigkeit der Haut an der linken Eine specielle Ursache liess sich nicht finden. Fusssohle.

Dass keine periphere Neuritis vorliege, wurde durch die Resection eines 4 cm langen Stückes des N. alnaris und der Art. uluaris bewiesen, während an der Arterie bedeutende Verdickung und Sklerose der Intima gefunden wurde. Es musste sich also um eine Erkrankung der spinalen Nervencentren handeln.

Da nach der Operation die Hyperämie des (vom Ulnaris innervirten) kleinen Fingers der linken Hand schwand, so musste sie auf einem abnormen Erregungszustande der Vasodilatatoren beruhen, ebenso wie das Aufhören des Schwitzens auf einen abnormen Erregungszustand von Schweisssecretionsfasern hinwies, die im peripheren Nervenstamme verlaufen. gleichen sind die Schmerzen als Ausdruck eines abnormen Erregungszustandes in den Schmerzleitungsbahnen anzusehen.

Der ganze Symptomencomplex ist demnach als Effect eines abnormen nervösen Erregungszustandes zu betrachten, welcher nach D. auf einer Erkrankung der Hinterhörner und der Seitenhörner der grauen Rückenmarkssubstanz beruht, die vom Halsmark aus zur Medulla oblongata hinaufreicht und im Lendentheil als ein besonderer Erkrankungsherd besteht.

Норре.

134) M. Heimann (Schwäb. Hall): Zwei Fälle von acuter Erythromelalgie. (Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 51.)

Im ersten Fall trat die Krankheit bei einem 54jäbrigen durch abusus spirituosorum and seine Beschäftigung allgemein disponirten Steinhauer an der rechten durch verschiedene schwere Insulte, welche dieselbe vorher betroffen, prädisponirten Hand mit Reissen und Brennen, Rüthung und Schwellung des Mittelfingers auf. Der Process ging in gleicher Weise auf den Zeigefinger und Danmen und die entsprechenden Theile der Mittelhand über. Bei der ärztlichen Besichtigung 9 Tage nach Beginn der Krankheit colossale Verdickung und intensive Röthung der ergriffenen Theile, welche sich sehr heiss anfühlen. Subjective Klagen über Beissen, Brennen und Klopfen, Beschwerden, die unter dem Einfluss von Bettwärme zunehmen. Unter der angedeuteten Behandlung schnelle Abnahme der Erscheinungen. Bei dem Versuch, die Arbeit wieder aufzunehmen, eigenthümlicher tonischer Krampf in den Fingern der rechten Hand. Digitized by Google Im zweiten Falle, ein 17jähriges Mädchen betreffend, wo ätiologisch nur eine voraufgegangene Influenza beschuldigt werden konnte, begann die Krankheit Januar 1896 nach vorhergehenden Schreibbeschwerden am Zeigeund Mittelfinger der rechten Hand mit Brennen, Beissen und Schwellung, welche bald auf den Daumen und den radialen Theil der Mittelhand vorschritt. Die befallenen Partien, welche anfangs ganz blass waren, zeigten neben starker dorsal mehr ausgesprochener Schwellung in Folge einer ödematösen Durchtränkung der Gewebe einen eigenthümlichen spiegelnden Glanz mit rothen Flecken auf weissem Grunde und fühlten sich überaus heiss an, während snbjectiv über Brennen und Klopfen und über Ameisenkriechen in dem Bereich des ganzen Unterarms geklagt wurde, wo sich auch 10 cm über das Handgelenk hinaus Anästhesie nachweisen liess. Nach einem Monate waren alle Erscheinungen bis auf Spuren zurückgegangen

In beiden Fällen war der Process auf den Handrückenast des N. radialis beschränkt und am deutlichsten dorsalwärts ausgesprochen. H. glaubt, dass es sich um eine acut verlaufende vasomotorische Neuritis handelt.

135) P. Ladame: Alopécie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique.

(Revue neurologique Nr. 1, 15 Jan. 1896.)

Ein 50jähriger erblich nicht belasteter Anstreicher Z., bei welchem auch weder Syphilis noch Alcoholismus nachweisbar ist, fiel Juni 1894 aus ziemlicher Höhe von einem Baugerüste herab; Verlust des Bewusstseins und Blutung aus dem linken Ohr, doch kein Schädelbruch, auch sonst keine Fractur, nur eine wenig ausgedehnte Wunde der Weichtheile über dem linken Scheitelbein. Nach dem Fall befand sich Z. über einen Monat in einem deliriösen, sehr erregten Zustande, von welchem ihm jede Erinnerung fehlt; nach dem Schwinden dieser psychischen Störung verblieb Z. mit einer Reihe hysteroneurasthenischer Beschwerden behaftet und arheitsunfähig. Es zeigten sich auffällige Verringerung der intellectuellen Fähigkeiten und des Gedächtnisses, hypochondrische Verstimmung, Kopfschmerz, Schwindel, beträchtliche concentrische Einengung des Gesichtsfeldes auf beiden Augen mit Ueberwiegen des Gesichtsfeldes für Grün über das Gesichtsfeld für Roth, Schwerhörigkeit auf beiden Ohren (an der unteren Partie des Trommelfells links eine Narbe, wahrscheinlich von einer Zerreissung bei dem Sturze herrührend), vage Schmerzen in den Gliedern, Herabsetzung der Sensibilität auf der rechten Seite, insbesonders am Rumpf und dem Oberschenkel, Steigerung des Kniephänomens, unsicherer Gang, Abmagerung, Appetitmangel und Obstipation, vollständige Impotenz. Der Kopfschmerz, über welchen Z. klagt, hat seinen Sitz in der Stirngegend, an den Schläfen und dem Nacken; die ganze Stirngegend ist auch hyperästhetisch, bei Percussion schmerzhaft; in dieser Region verlor Z. seit dem Unfalle die Haare bis auf einige spärliche Büschel, welche die Grenze der früheren Behaarung bezeichnen. Die Haut zeigt in diesem Bezirke keine Veränderung. L. betrachtet den partiellen Haarausfall als Folge einer trophischen Störung und erinnert an eine Beobachtung Oppenheim's, welcher in einem Falle tranmatischer Neurose eine auf der anästhetischen Seite beginnende und allmahlich über die ganze Körperoberfläche sich ausbreitende Alopecie fand. Digitad L 8 wen feld.

136) J. Westermann: Paget's Ostitis deformans.

(Weekblad 1895, II, Nr. 20.)

Ein 53jähriger Mann bemerkt seit etwa 20 Jahren Rückenschmerzen, allmählich wird er kleiner, kommt von 160 auf 137 cm Statur, bekommt dicke und verbogene Beine, einen dicken Kopf, dessen Umfang von 55 auf 61,5 cm steigt. Der Thorax ist kurz, kubisch, die Wirbelsäule bildet einen kyphotischen Bogen; die Rippen sind breit, ruhen auf der crista ilei. Clavicula und Scapula verdickt. Linker Humerus dick, und stark nach vorn, Femora nach vorn und aussen gebogen.

Von Akromegalie unterscheidet der Zustand sich durch Freibleiben des Unterkiefers, der Hände und Füsse, Abnahme der Körperlänge, Ausbleiben von sensorischen und Gedächtniss-Störungen. Von hypertrophischer Osteo-arthropathie durch Freibleiben der Nägel, der Finger, Mangel der Malleolen-Verdickung.

Gute Photographien veranschaulichen den Zustand.

Kurella.

137) van der Weijde und Buringh-Boekhoudt (Utrecht): Ein Fall von Osteo-Arthropathie hypertrophiante.

(Weekblad 1895, II, Nr. 17.)

Ein 27jähriger Mann bemerkt seit 6 Jahren Schmerzeu und kyphotische Biegung des Rückens in der Lendengegend, das rechte Bein wurde schwach, Hände und Füsse grösser, die Umgebung bemerkt Erscheinungen von psychischer Schwäche. Ueber das ganze Knochensystem sind Verdickungen und Vergrösserungen verstreut, am meisten an Radius und Ulna auf der Höhe der proc. styloidei und an den Fingern, deren Nägel an Uhrgläser erinnern; der Daumennagel ist 2 cm breit.

An Schädel und Gesicht keine Verdickungen, der Schädel ist plagiocephal und zeigt mehrfach Degenerationszeichen. Bartwuchs fehlt ganz. Die ganze Muskulatur ist dünn und atrophisch, mechanische Muskelreizbarkeit sehr gesteigert, fibrilläre Zuckungen; electrische Erregbarkeit sehr vermindert, m. extensor hallucis beiderseits unerregbar; Contractionen des Deltoides träge.

Auffallend ist die auf der Photographie deutliche Gynaekomastie; Penis und Testes sind klein. Intellectuell ist der Patient imbecill.

Kurella.

138) Gilles de la Tourette und Marinesco: La lésion médullaire de l'ostéite déformante de Paget.

(Nouv. Iconographie de la Salpêtrière 1895, Nr. 4.)

In zwei Fällen der Krankheit fand sich eine Verringerung an Zahl und Grösse der Fasern der Hinterstränge, mit Ausnahme der mittleren Wurzelzone, in einem der Fälle auch eine Verdickung der Nervenstämme der unteren Extremitäten, bedingt durch Wucherung des intrafasciculären Bindegewebes.

Kurella.

C. Psychologie.

139) W. G. Smith: The place of Repetition in Memory.

(Studies from the Harvard Psychological Laboratory (III): Communicated by Hugo
Münsterberg)

Die Untersuchung, als eine Fortsetzung eines in Mind Nr. 5, IV, p. 47 veröffentlichten Artikels gedacht, ist unter Münsterberg's Leitung im psychologischen Laboratorium der Harvard University angestellt worden. Um den Werth der Wiederholung für das Gedächtniss zu prüfen, sollten Quantität und Qualität des Gemerkten in den einzelnen Stadien der Wiederholung registrirt werden.

Sinnlose Silben, aus 2 Consonanten und 1 Vocal nach der schon von

anderen Autoren (z. B. Müller und Schumann) geübten Methode gebildet, wurden in Reihen zu je 10 zusammengestellt auf Papierstreifen gedruckt und den (8) Versuchspersonen unter zweckmässigen Cautelen, Aufmerksamkeit, Ermüdung u. s. w. betreffend, zum lauten, durch Metronomschläge rythmisch geregelten Lesen geboten. Nach 1- (sit venia verbo), 3-, 6-, 9oder 12maliger Widerholung der Reihe wurde dieselbe reproducirt und aus der Zahl, Correctheit und richtigen Stellung der reproducirten Silben die Menge und der Werth des Gemerkten erschlossen. Dabei ergiebt sich. als fast ausnahmslos, eine Zunahme der richtig reproducirten Silben mit der Anzahl der Repetitionen. Im Durchschnitt (für alle Versuchpersonen) wurden von 10 Silben 2.2 - 2.5 - 2.8 - 3.4 - 3.9bei I., III., VI., IX., XII-maliger Wiederholung, richtig reproducirt. Die Zahl der Fehler und Auslassungen nimmt dementsprechend mit der Zahl der Repetitionen ab (22.2 - 21.4 - 20.5 - 18.9 - 17.3). Eine Anslyse dieses groben Resultates ergiebt manche interessante Einzelheiten. So zeigt sich deutlich der Werth des Platzes der Einzelsilbe in der Reihe für die geforderte richtige Reproduction; die besten Plätze sind am Anfang und Ende. Ferner die Ueberlegenheit der ersten Wiederholung über alle späteren; bei der ersten wird im Verhältniss wesentlich mehr gelernt als bei jeder einzelnen folgenden, ja sogar (aus der Durchschnittsleistung aller 8 Personen berechnet) mehr als bei allen anderen zusammen. (!) Wahrscheinlich wurde dieses Resultat anders ausgefallen sein, wenn die Reihen nicht nur gelesen, sondern mit der Tendenz des Auswendiglernens memorirt worden wären. Auch individual-psychologisch ergeben sich einige bemerkenswerthe Eigenthumlichkeiten, z. B. die Uebereinstimmung der Individualleistungen für die erste, ihre grossen Differenzen für die späteren Wiederholangen: ferner die Tendenz der Einzelnen, associativ die sinnlosen Silben mit Worten und Sprachtheilen zu verbinden u. a. m. Eine Analyse, inwieweit bei den Resultaten mehr das optische oder das acustische Moment der Erinnerung betheiligt sei, hat der Verfasser nicht gegeben, obgleich eine solche nach der neuerdings von J. Cohn gettbten Methode (Verwechslung optisch resp. acustisch ähnlicher Consonanten und Vocale) wohl möglich gewesen wäre. In anerkennenswerther Beschränkung verzichtet der Verfasser auf eine zu weitgehende Verallgemeinerung der erhaltenen Werthe. Forell (Jena).

140) Gustav Aschaffenburg: Practische Arbeit unter Alcoholwirkung.
(Psychologische Arbeiten, I. Bd., 4. Heft.)

Zum Zwecke, die Erschwerung der Arbeit durch kleine Alcoholdosen zu prüsen, hat A., der nach seiner Angabe sehon lange das Bedürfniss fühlte, an einer, dem practischen Leben entnommenen, Thätigkeit die Ergebnisse der diesbezüglichen Laboratoriumsversuche zu prüsen, die Leistung einiger Schriftsetzer ohne und mit Alcoholgenuss untersucht.

Die Untersuchungen, an 4 verschiedenen Personen vorgenommen, wurden 4 Tage lang fortgesetzt, derart, dass der 1. und 3. Tag als Normaltag, der 2. und 4. als Versuchstag anzusehen waren, indem an dem letzteren nach der Erstviertelstunde-Thätigkeit je 200 gr eines, 1800 Alcohol enthaltenden, griechischen Weines getrunken wurden. Die geleistete Arbeit wurde einmal nach der Anzahl der gesetzten Buchstaben, zweitens nach der Menge der gemachten Fehler sowohl beim Setzen als beim Zurücklegen der Buchstaben berechnet.

Ueber die Einzelheiten der durch die Verwendung einer practischen Thätigkeit zu exacter psychologischer Untersuchung interessanten Arbeit muss das Original gelesen werden.

Die Schlusssätze, zu denen der Verfasser kommt, sind, dass:

 selbst nach langjähriger gleichmässiger Beschäftigung, wie beim Setzen, noch ein nicht unbedeutender Einfluss der Uebung besteht;

- 2. dass durch die Wirkung mässiger Alcoholgaben die Leistungsfähigkeit herabgesetzt wurde. Diese Schädigung blieb unter 8 Versuchen nur einmal aus; sie betrug in den anderen zwischen 10,6 und 18,9, durchschnittlich 15,2% der Leistung, welche ohne Ermüdung und ohne Uebungsverlust hätte erwartet werden können. Dem gegenüber erzeugte die Ermüdung allein nur einen Ausfall von durchschnittlich 6,5% der erwarteten Leistung;
- 3. eine qualitative Veränderung der Arbeitsleistung wurde durch den Alcohol nicht hervorgerufen. Forell (Jena).

141) Ernst Römer: Beitrag zur Bestimmung zusammengesetzter Reactionszeiten. (Psychologische Arbeiten, I. Bd., 4. Heft)

R. beschreibt nach einer Kritik der seither üblichen Methoden zwei von ihm selbst construirte neue Apparate zur Ausführung von psychologischen Zeitmessungen für Wort- und Wahlreactionen, nämlich einen optischen Reizapparat und einen Schallschlüssel.

Der optische Reizapparat stellt eine zwischen 2 Säulen federnd be. festigte Messingplatte dar, die das reizauslösende Wort, Farbe od. ä. auf der Rückseite trägt und bei ihrer durch Hebeldruck des Registrirenden bewirkten Umdrehung der Versuchsperson die markirte Fläche darbietet. Zugleich mit der Umdrehung wird ein electrischer Strom geschlossen und damit das Reizmoment verzeichnet.

Der Schallschlüssel, besonders für den Reagirenden bestimmt, aber auch als acustischer Reizapparat verwendbar, lehnt sich im Princip an frühere Constructionen anderer Autoren (Catell) an und bringt den Schluss des electrischen Contactes beim Anlauten durch das Spiel einer schwingenden

Fourniermembran zu Wege. Die technischen Einzelheiten beider Apparate resp. ihre Anwendung werden im Original ausführlich beschrieben und durch Figuren erläutert.

Die vom Verfasser ausgeführten, ziemlich zahlreichen Versuchsreihen aus der Heidelberger Klinik scheinen zu beweisen, dass die sehr handlichen Apparate sich für psychologische Versuche sowohl von Normalen als von Geisteskranken eignen; Referent hat beide Apparate im psychologischen Laboratorium zu Heidelberg in Thätigkeit gesehen und von ihrer Verwendbarkeit den günstigsten Eindruck gewonnen.

Forell (Jena).

142) Arno Loewald: Ueber die psychischen Wirkungen des Broms.
(Psychologische Arbeiten, I. Bd., 4. Heft.)

Die Untersuchung, als Fortsetzung der Versuche über die Wirkung von Alcohol, Thee und einigen Schlafmitteln gedacht, beschäftigt sieh mit dem Einfluss einmaliger kleiner Bromdosen auf die psychische Leistungsfähigkeit. Verwendet wurde Bromnatrium in Gaben von 2 resp. 4 gr an insgesammt 7 Personen. Von psychologischen Methoden waren gewählt Wortreactionen, Wahlreactionen, Aussprechen fortlaufender Zahlenreihen, Addiren einstelliger Zahlen, Zeitschätzungen, Auswendiglernen einstelliger Zahlen- und Silbenreihen und ergographische Messungen. Schliesslich wurde noch, um auch Zustände centraler Erregung in den Bereich der Untersuchung zu ziehen, die Bromwirkung nach körperlicher Anstrengung (Märsche) und im Zustande erhöhter gemüthlicher Reizbarkeit (Auswendiglernen sinnloser Silbenreihen bei gleichzeitiger Ablenkung der Aufmerksamkeit durch Vorlesen von Citaten) geprüft.

Das Ergebniss seiner Untersuchungen hat der Verfasser selbst in den

folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

 Das Brom besitzt in hohem Maasse die Eigenschaft, ganz specifische Wirkungen auszuüben, da es eine ganze Reihe untersuchter Vorgänge und Zustände unbeeinflusst lässt, während es nach anderer Richtung sehr auffällig wirkt.

2. Eine Bromwirkung hat sich nicht nachweisen lassen bei dem mechanischen Associationsvorgange des Addirens, bei der centralen Auslösung von Bewegungsvorgängen und beim Ablaufe der Muskelbewegung, ebenso wenig bei den centralen motorischen Erregungen nach körperlicher Anstrengung.

3. Die Auffassungsfähigkeit wird vielleicht erschwert.

- 4. Das Auswendiglernen von Zahlenreihen ist unter der Bromwirkung deutlich erschwert
- 5. Das Lernen von sinnlosen Silben wird durch Brom erleichtert.
- Sobald eine starke Erschwerung der Arbeit durch ablenkende Störungen vorausgeht, wird die Leistung beim Lernen von Zahlen wie von Silben durch das Brom erhöht.
- 7. Die Sprechgeschwindigkeit wird im Allgemeinen durch Brom nicht beeinflusst, beim Silbenlernen mit oder ohne vorausgehende Störung dagegen beschleunigt.
- 8. Alle diese Thatsachen lassen sich dahin deuten, dass Brom gewisse mit Unlustgefühlen verbrudene innere Hindernisse zu beseitigen ver-

mag, welche durch ablenkende Einwirkungen, beim Silbenlernen schon durch die Schwierigkeit der Arbeit selbst erzeugt werden hönnen.

. Mit den klinischen Erfahrungen über die psychischen Bromwirkungen stehen die Ergebnisse des psychologischen Versuchs in guter Uebereinstimmung.

Der Werth der Untersuchung liegt jedoch, wie Verfasser selbst zugiebt, mehr in der Bereicherung der Methodik und den mannigfachen Fingerzeigen, die Versuchsreihen für spätere Experimentaluntersuchungen Gerade die Thatsache, dass eine mittelbare Beeinflussung gegeben sind der Leistungsfähigkeit durch das Brom stattgefunden zu haben scheint, weist darauf hin, mit welcher Vorsicht die Deutung von Resultaten über psychische Leistungsfähigkeit vorgenommen werden muss, die mit den oben erwähnten psychologischen Methoden gewonnen werden. Auch die vorliegende Arbeit zeigt wieder, wie eine anscheinend eindeutige Variation einer Versuchsanordnung implicite mehrfach geänderte psychische Bedingungen setzt, die einer Verwerthung der gewonnenen Resultate hindernd im Wege Immer wieder müssen bei der Deutung und Auslegung alle psychischen Momente herangezogen werden, auch wenn die Anordnung des Versuches nur Veränderungen auf einem speciellen Gebiete der psychischen Leistungen zu gewährleisten scheint. Eine weitere Schwierigkeit, die auch dem Verfasser nicht entgangen ist, besteht darin, dass die verhältnissmässige Jugend der gesammten Methodik zwingt, die Versuchsergebnisse nach zwei Fronten zu verwenden, nämlich einmal die Brauchbarkeit der angewandten Anordnung und den Werth früherer Schlüsse an den neu gewonnenen Resultaten zu werthen und umgekehrt, die früheren Schlüsse, die dann als giltig vorausgesetzt werden müssen, zur Erklärung der neueren Ergebnisse heranzuziehen. Unter diesen Bedingungen wird die Breite der Darstellung begreiflicher. Forell (Jena).

IV. Discussion.

Electrodiagnostische Tagesfragen. (Revue d'électrodiagnostique.)

Von F. SANO (Brüssel).

(Journal de neurologie et d'hypnologie 1897, Nr 4.)

Unter dem Motto: "Amicus Plato, sed magis amica veritas" bespricht
F. Sano mehrere Kritiken, welche seine vor Jahresfrist mit Spehl
gemeinsam verfasste Arbeit "la résistance électrique du corps humain"*) hervorgerusen hat. Die Autoren waren in dieser Arbeit auf Grund zahlreicher
mit einer besonderen Methode angestellten Untersuchungen zu dem Schlusse
gekommen, dass ein constantes Verhalten des L. W. bei bestimmten Krankheitszuständen, wie es von früheren Autoren gefunden worden ist, nicht
vorhanden sei und dass demnach die Messung des L. W. als diagnostisches
Hilfsmittel überhaupt nicht verwendbar sei.

^{*)} Journal de neurologie 1896, Nr. 4. Referat in diesem Centralblatt 1896, p. 381.

Gegen diese Ansicht hat zunächst Vigouroux im Progrès médical (16. janvier 1897) Einspruch erhoben. Er erinnert an seine schon vor 18 Jahren gemachten Beobachtungen über Verminderung des L. W. bei Morbis Basedowii und Steigerung bei Melancholie, welche später von zahlreichen Autoren bestätigt worden sind. Die entgegengesetzten Resultate, welche Spehl und Sano gewonnen haben, führt Vigouroux auf deren Methode zurück. Sie benützten nämlich sehr grosse Electroden (Gefässe mit Kochsalzlösung, in welche die Hände eingetaucht wurden), hohe electromotorische Kraft, lange Dauer des Stromes mit mehrfachen Volta'schen Alternativen. Dadurch drückten sie den L. W. auf sein tiefstes Minimum herab und verwischten die individuellen Differenzen, welche er bei der von Vigouroux angewendeten Methode darbietet (kleine Electroden, schwacher Strom, Dauer 60 Sekunden).

V. ist daher der Ansicht, dass die Behauptung von Spehl und Sano, dass die L. W.-Messung für die Diagnostik unbrauchbar sei, nur bei Auwendung der von diesen Autoren angegebenen Methode zutreffe.

Zweitens berichtet der Verfasser über einen Artikel von d'Arman (Progrès médical du 23. janvier 1897), welcher ebenfalls die von Spehl und Sano angewandte Methode bemängelt. Aber trotz dieser Methode sind nach d'Arman's Ansicht doch noch immer Resultate zu Tage gekommen, welche die negativen Schlüsse der Verfasser durchaus nicht rechtfertigen, vielmehr im Sinne der alten positiven Befunde von Vigouroux n. A. verwendet werden könnten (Basedow 1400, Hysterie 1500, Melancholie 1600 Ohm).

d'Arman hat mit der Methode von Spehl und Sano eine Anzahl von Fällen nachgeprüft und hat gefunden, dass auch bei dieser Methode, welche das Minimum des L. W. bestimmt und daher bei allen Individuen unter einander sehr ähnliche Werthe ergiebt, doch noch diagnostisch verwerthbare Resultate zu erzielen sind (Melancholie 1928, Fasedow 843 Ohm).

An dritter Stelle erwähnt Verfasser den im Januarheft dieses Centralblattes erschienenen Vortrag des Referenten "über den gegenwärtigen Stand der Electrodiagnostik", in welchem sich Referent in Bezug auf die Arbeit Spehl und Sano's dahin aussprach, dass besonders in Hinblick auf die angewandte Methode die Resultate der Autoren nicht beweiskräftig genug wären, um den negativen Standpunkt der Verfasser zu rechtfertigen, sondern dass die Hoffnung mit der L. W. Untersuchung positive Resultate zu erzielen, noch nicht aufzugeben sei, wenn auch die bisherigen Ergebnisse noch recht schwankend und unsicher gewesen seien.

Der Verfasser giebt nach Mittheilung der obigen 3 Kritiken zu, dass dieselben zum grossen Theil berechtigt seien. Er erkennt insbesondere an, dass bei seinen Untersuchungen der Anfangswiderstand und die Veränderungen, die er bis zur Erreichung des Minimums durchmacht, unberechtigter Weise vernachlässigt worden seien.

Seine mit Spehl zusammen abgefasste Arbeit sei seine Erstlingsarbeit auf dem Gebiete der Electrodiagnostik gewesen und er habe inzwischen schon seine Ansicht über die Wichtigkeit der Untersuchung des L. W. wesentlich geändert. Er schliesst sich daher dem vom Referenten angenommenen Standpunkte an, nach welchem es erst noch weiterer gründ-

licher Beobachtungen bedarf, bevor die Frage nach der diagnostischen Verwendbarkeit des L. W. mit Bestimmtheit beantwortet werden kann.

Die objective und vorurtheilslose Würdigung der gegnerischen Ansichten macht einen sehr guten Eindruck und lässt ein erfreuliches Maass von Selbstkritik und wissenschaftlichem Ernst bei dem Verfasser erkennen. Wir können daher seinen weiteren Arbeiten auf diesem Gebiete mit Interesse entgegensehen.

Mann (Breslau).

V. Ausländische Vereins- und Versammlungsberichte.

Protocoll des wissenschaftlichen Abends der St. Petersburger Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten am 24. October 1896.

143) Jurmann (Gast) stellt einen geisteskranken Officier mit Anzeichen einer beginnenden progressiven Paralyse vor, bei dem nach einem Trauma sich Erscheinungen entwickelt haben, die nach Meinung des Vortragenden als amyotrophische Lateralsklerose zu deuten seien (Bulbärsymptome, Schwäche der Extremitäten, erhöhte Reflexe, verminderte electrische Muskelerregbarkeit); ausserdem Zwangslachen (besonders beim Versuch zu sprechen).

In der Discussion, an der sich Dr. Blumenau, Ostankow und Prof. Bechterew betheiligten, machte letzterer hauptsächlich auf das Zwangslachen aufmerksam, das nach seiner Meinung bei organischen Hirnläsionen (zu denen Prof. B. auch vorliegenden Fall zählt) durch das Aufgehobensein des Einflusses der Hirurinde auf das im Thalamus gelegene

Centrum der affectiven Bewegungen zu erklären ist.

144) Th. Teljatuck hielt einen Vortrag über die Sehnervenkreuzung. Trotzdem die Mehrzahl der Autoren eine partielle Sehnervenkreuzung annimmt, so treten doch viele namhafte Forscher (Mandelstamm, Schultz, Michel, Krause, Kölliker) mit gegentheiligen Anschauungen vor. Auf Grund seiner Präparate (nach der Marchi'schen Methode) konnte Vortragender zweifellos die partielle Sehnervenkreuzung nachweisen. Jeder Tractus opticus entsendet Fasern in beide N. optici, wobei die Mehrzahl der Fasern in den Nerv der entgegengesetzten Seite übergeht; die ungekreuzten Fasern nehmen das Centrum des Tractus opticus ein, während die gekreuzten mehr peripher auf der ventral inneren Seite zu liegen kommen. Die Präparate wurden demonstrirt.

145) Prof. Bechterew hielt einen Vortrag über die Bettbehandlung der Irren. Ohne irgendwie den Beobachtungen, die gegenwärtig über die Wirkung dieser Behandlung auf das psychische und physische Verhalten der Kranken in der Klinik angestellt werden, vorgreifen zu wollen, beschränkte sich Vortragender darauf, die Frage vom allgemein-therapeutischen und administrativen Standpunkt zu erörtern. Prof. B. ist ein Feind jeglicher schablonenhaften Anwendung der Bettbehandlung auf alle Geisteskranken: es passen dazu acute Kranke mit Aufregungs- sowie Depressionszuständen (überhaupt mit Störungen der Gefühlssphäre), sowie chronische

Kranke mit zeitweiligen Aufregungszuständen, aber keineswegs ruhige Kranke. Die Dauer der Bettbehandlung hängt ausschliesslich vom Verlauf der Krankheit ab. Ausserdem betont Vortragender, dass Zwangsmassregeln keineswegs angewandt werden 'dürfen, als nicht vereinbar mit dem norestraint-System, und störrische Kranke nur durch gütiges Zureden und allmähliges Anlehren an das Bett gewöhnt werden müssen.

Die Hauptvortheile der Bettbehandlung bestehen nach Prof. B. in Folgendem: 1. wird bedeutender Raum gespart, wie das Beispiel der St. Petersburger Klinik zeigt; 2. fallen alle möglichen Kunstvorrichtungen (besondere Schlösser etc.) zum Absperren der Kranken fort; 3. es kehrt in den Abtheilungen Ruhe ein; 4. es mindert sich die Zahl der böswilligen Verletzungen wie anderer Kranker so auch des Wartepersonals; 5. die Ueberwachung der Kranken wird bedeutend erleichtert.

An der sehr lebhaften Discussion über den Gegenstand nahmen die Aerzte der Klinik, Dr. Dobrotworski und Rosenbach, sowie Dr. Lentschatkin Theil.

A. Bary (Petersburg).

VI. Zur Tagesgeschichte.

In Württemberg spielt gegenwärtig der Process gegen den Verleger Lutz, der unter anderen sensationellen Schauer-Broschüren auch solche über die Leiden des Quärulanten Kuhnle publicirt hat. Es haben die Verhandlungen erhebliche rechts- und moralwidrige Kränkungen und Schädigungen des Quärulanten durch die Gemeindebehörde und deren Auf. sichtsinstanz ergeben. Auch scheint die Anstaltsbehandlung des Kranken mehr den disciplinarischen als den humanen Indicationen genügt zu haben. Voraussichtlich werden die bedauerlichen Mängel der württembergischen Communal-Verwaltung wieder aufs Conto der Psychiatrie, welche vor Gericht durch Prof. Fürstner vortrefflich vertreten war, gesetzt werden.

Am 24. und 25. April findet auf Einladung seitens der Herren Flechsig und Hitzig in Leipzig die erste Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen statt. Die Versammlung scheint einen vorwiegend akademischen Character tragen zu sollen, wie das in Nr. 6 des "Neurolog. Centralblatts" enthaltene ausführliche Programm ergiebt.

Knrella.

CENTRALBLATT

ffin

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

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

XX. Jahrgang.

1897 April.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

I.

Roncoroni's Theorie der physiologischen Genese der Paranoia.

Vorläufige Mittheilung von ERNST JENTSCH in Turin.

Roncoroni hat im Anschluss an seine an dieser Stelle schon besprochene psychologische Analyse des Torquato Tasso die Resultate mehrjähriger geistvoller Studien und Beobachtungen über einige wichtige Fragen aus dem Capitel der Paranoia in einem grösseren Aufsatze niedergelegt.

Roncoroni's psychiatrisches Hauptinteresse ist der physiologischen Genese der Geisteskrankheiten zugewandt. Schon gelegentlich früherer Veröffentlichungen*) beschäftigte er sich eingehend mit den generellen und individuellen Ursachen und der speciellen Entwicklungsgeschichte der Epilepsie. Im vorliegenden Artikel wendet er die gleiche Betrachtungsweise auf die Paranoia an.

Roncoroni ist in seiner Grundanschanung atrenger Unitarier: er sieht überall in der Natur die gleichen Kräfte und erinnert uns daran, dass die Begriffe Gesundheit und Krankheit in erster Linie für die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis geschaffen sind, für das theoretische Verständniss der Naturerscheinungen oft aber nicht nur nicht gleichgültig, sondern geradezu störend sind. Die Construction der gemeinsamen physiologischen Grundlage der weitaus meisten Geisteskrankheiten, welche auch aus verschiedenen directen Beobachtungen hergeleitet wird, und deren schliessliche Zusammenführung mit den für die normale Psyche geltenden Gesetzen bildet den Ziel-

Centralblatt für Nervenheilkunde und Paychiatrie, April-Heft 1897.

^{*)} La genesi fisiologica dell'epilessia (im Archivio di Psichiatria 1898). — Trattato clinico dell'epilessia, Milano, F. Vallardi, 1895.

punkt der Roncoroni'schen Forschung. Demgemäss tritt überall das Bestreben hervor, den ausserordentlich weitgehenden, oft aber recht versteckt liegenden Parallelismus zwischen psychopathischen und normal-psychologischen Phänomenen ins rechte Licht zu setzen.

Die Abhandlung bringt zunächst eine Betrachtung über die hereditäre paranoische Prädisposition (Roncoroni spricht überall nur von der echten, typischen Paranoia). Er unterscheidet den "disintegrirten" (nicht geisteskranken Prädisponirten) vom degenerirten (geisteskrank gewordenen Prädisponirten) und sucht den ererbten Defect in der unvollkommenen Construction des psychischen Arbeitswerkzeugs, welches leicht einmal versagen kann, ohne dass es dies nothwendig immer thun muss. Des weiteren wird dann auf diejenigen Veranlassungsursachen eingegangen, welche ein derartiges Entgleisen des also gefährdeten Intellects herbeiführen können. Diese Umstände, welche an sich beim Normalen keine Psychose hervorrufen können, werden als paraphysiologische unterschieden.

Die psychologischen Ursachen der Entstehung der paranoischen Wahnidee werden besonders auf folgende Grundfactoren zurückgeführt:

- 1. Es besteht beim Disintegrirten die Eigenschaft, dass bestimmte Vorstellungen oder Vorstellungsgruppen eine ganz aussergewöhnliche Valenz erreichen können (rein quantitativer Unterschied vom Normalen), dergestalt, dass sehr viele oder auch nahezu alle anderen Vorstellungsbilder zu dieser Gruppe in Beziehung treten und sich ihr unterordnen müssen. Oder es geschieht das Gegentheil, nämlich dass bestimmte Vorstellungsgruppen so undeutlich und schwach sind, dass sie gar nicht einmal recht associirt werden können. Diese beiden Grundphänomene werden des näheren erläutert und eine grosse Auzahl Eigenschaften und Characterzüge sowohl am einsachen Disintegrirten als am bereits erkrankten Prädisponirten (und am Genie) darauf zurückgeführt.
- 2. Eine weitere Ursache liegt in der von Roncoroni besonders in seinen oben erwähnten Veröffentlichungen ausführlich behandelten initialen Läsion der höheren Centren. Der Wegfall dieser Hemmungsmechanismen ist es nun, der die schrankenlose Proliferation der exempten Vorstellungsgruppe am meisten begünstigt und dadurch zugleich wieder die Bildung anderer Vorstellungsattractionspunkte verhindert. Drittens betheiligen sich an der Production und Befestigung des Wahns und seines Inhaltes auch die Hallucinationen und Illusionen. Roncoroni glaubt, dass das Entstehen dieser Sinnestäuschungen schon in der hereditären Prädisposition mitbegründet sei: der Disintegrirte hallucinirt überhaupt leicht

Weiterhin wird die Entwicklung der Wahnidee zu Ende geführt und gezeigt, wie jetzt nach stattgehabtem Ausbruch der Psychose eine Art fortschreitender, gegenseitiger Induction zwischen Ursache und Wirkung stattfindet und wie Ablauf und Abschluss der Wahnidee genetisch aufgefasst werden müssen.

Viele interessante Einzelheiten bringt der Abschnitt über die psychischen Symptome der Paranoia, die Excurse über die "Kritik", über die Verwandtschaft von Paranoia mit Mysticismus und Aberglauben (sozusagen

der physiologischen Paranoia: (Tanzi-Meynert) Wahnideen schlummern als atavistischer Rest in jedem Menschen), über die Berührungspunkte von Paranoia und Genialität etc.

Der Schluss bringt eine neue, vielleicht nach etwas zu allgemeinen Gesichtspunkten aufgestellte Eintheilung der Psychopatnien, welche aber den Vorzug grosser Klarheit und Uebersichtlichkeit besitzt. Das Nähere darüber möge man in dem Originalartikel selbst einsehen, welcher in Kurzem in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie erscheinen wird und das Interesse weiterer Kreise verdient.

Allgemeines über Interferenz und Geschlechtsvererbung.

Von Dr HALLERVORDEN (Königsberg i. Pr.)

Nachdem ich das Interferenzprincip in seinen Grundzügen*) veröffentlicht habe als das Princip aller Energie- und Formverwandlung und aller Entwicklung, will ich einiges von den zahlreichen Anwendungen, die es gestattet und deren ich eine grosse Zahl selbst seit langem in biologischen wie physikalischen Wissenschaften mit Erfolg machen konnte, zur Aufklärung erwähnen. Am meisten ist Psychologie und physikalische Chemie. mit ihren zahlreichen Analogieen untereinander, dadurch gefördert. Zwischen ihnen gewinnt die Physiologie nicht weniger an Klarheit und Einheitlichkeit der wissenschaftlichen Grundlagen. Im Zusammenhange und als Ganzes solldas Gebiet aller Wissenschaften von der Natur im Umriss und mit einer Reihe Einzelausführungen folgen, wie es sich nach der Interferenz gestaltet. Hier voran die psychologische Frage: warum hat Niemand das Problem formulirt, wie die Kräfte, da sie sich durch Verwandlung allein erbalten, diese Verwandlung zu Wege bringen? Wie geht Licht in Warme, Warme in Arteit, Arbest in Schall, Schall (in Seele nicht!), aber in nervöse Energie über? Interferenz antwortet. -

Dem Probepfeil im Aprilheft von Virchow's Archiv 1896 soll nun, ernst gezielt, Wurf auf Wurf folgen; aber erst nach langer Zeit wird des Unzunftigen Wagemuth durch gelehrte Denkerstirnen durchschlagen. Bis dabin Gednld!

Man strebt, denk ich, Thatsachen einheitlich zu erklären, zusammenzusassen, dabei sichtend auseinanderzulegen. Die Raum- und Zeitanschauung; die Vererbungsformen; die Bildung des Geschlechts; die Constitution der Psyche; die Lues: ein Todtentanz vom Abort an durch infantile und juvenile bis zur echten Paralyse als eine Reihe von Interferenzstörungen; die Resistenz der sogenannten Gesundheit, nach Energiestusen und -Formen geordnet; die Relationen der interferirenden Energieen nach Stusen in der Pathologie und die Pathologie nach Interferenzstörungen darzustellen: dies alles und noch sehr vieles andere, so bunt es klingt, hängt auf's engste in einem Complex zusammen. Der Grundsatz "Einheit mit Sichtung" solgt als Postulat aus diesem Naturgesetz; aber Einsicht als zweites

^{*)} Das Interferenzprincip. Stuber's Verlag. Würzburg 1887. Ferner ibidem Parsonenkunde, drittes Heft, Capitel VII.

Postulat, Einsicht wenigstens in die Grundzüge der Naturwissenschaft und der kritischen Philosophie. Ohne das bleibt Interferenz nur tönendes Erz.

Schon wiederholt ist die Vorstellung geäussert, jedes Geschlecht enthalte zugleich Merkmale des anderen "latent" oder "disponibel"; jedes Geschlecht vererbe sich nicht selbst, sondern seinen latenten Antheil des anderen, also gekreuzt.

Nur wie? Wenn die Keimzellen interferiren, so ergeben die Interferenzbedingungen das "Wie" in Pathologie, in Personenkunde u. s. w. Interferiren müssen Energieen nach Capacität und Intensität. Hier darf ich auf Virchow's Archiv, Band 144, verweisen. Jener Darstellung bleibt hinzuzufügen, dass die Energieen des Mannes (neben allen Relationen zum Milien etc.) sich wesentlich in electromotorischer Art mit einem chemischen Antheil, die der Frau sich wesentlich in chemischer Art mit einem electromotorischen Antheil bethätigen, und dass daher Hegar und andere hier Einstimmung für die Doppelnatur des Sexus finden. Die electroche mische Doppelnatur der Geschlechter stuft sich ab 1. nach der Proportion der beiden genannten Componenten in jedem, 2. zu der des anderen Erzeugers, 3. zum Milieu, also $\frac{v}{x}$: z und $\frac{v}{x}$: z.

Das electrische Uebergewicht des Manues, nach den in der Psychohygiene von mir gegebenen Grundlinien zu beurtheilen, neurochemisch thätig, microprojicirt sich in der Samenzelle zu mehr gebundener Energie, also überwiegend chemischer Form; der Chemismus des Weibes lockert sich im Ovulum zu überwiegend electrischer Form. Dass der Mann die electromotorische Obmacht habe, nach Faraday's Gesetz den mehr reactionsfähigen Chemismus der Electrolyte, die Frau den mehr bestandsfähigen Chemismus — dafür spricht aus der Pathologie schon die Paralyse mit ihrer überwiegenden Tendenz, Männer zu treffen, weil der beständige Chemismus den Frauen - und oft gegen was für eine Lues! - mehr Schutz gewährt. Auch direct physiologisch ergab sich, theils aus Ostwald's, theils aus meinen eigenen, theils aus Brieger's Untersuchungen, dass electrolytisch eine zweifache Form von Gewebsstoffen anzunehmen sei, lockere und beständige. Ferner entspricht das überwiegende Motorium des Mannes durchaus jener durch Wärme gesteigerten Reizharkeit und jener der Wärmezufuhr, d. h. starker Nahrungsaufnahme bedürftigen Energie der ersten Klasse, Eq - W (Ostwald p. 288). Dagegen das Weib im Verhältniss von Rumpf. und Eingeweideentwicklung zu ihrem Motorium und zu ihrer geringeren Körpergrösse Ausgaben spart und ihre Einnahmen potentiell aulegt für die starken Anforderungen der Fortpflanzung, Eq + W. Die an Gewicht und Grösse einem starken grossen Vater weit nachstehende, obgleich sonst nachartende Tochter besitzt schon darin ein durch Umkehrung der electrochemischen Componenten gesichertes potentielles Kapital, um Enkel zu zeugen, stark wie der Grossvater.

Wenn ich hier Einzelheiten nicht vortrage, so gilt es nur, den Umschlag dieser Componenten als Ursache und nach Form der Ursache zu veranschaulichen: wie Niederschläge des weiblichen el. Chem. und der männlichen chem. Electr. in beider Keimzellen zu umgekehrter Proportion, also zu entgegengesetztem Sexus erfolgen. Spermazellen sind chemisch unver-

wüstlich, Ovula leicht zerstörbar. Antagonistisch liess sich der Umschlag a priori annehmen. Muss doch das Ovulum zur Conception, also für chemische Reactionsbereitschaft, und kann es doch, da es im eigenen Hause bleibt, zu dieser Function gefahrlos locker organisirt sein. Wogegen dem Sperma auf dem Wege zur Bethätigung electromotorische Reactionsbereitschaft ein Hinderniss sein wurde, weil es, überall leicht in Interferenzen verwickelt, Ziel und Zweck zu erreichen ungeeignet wäre. Indess erst die algebraische Summe von el. Chem. und chem. Electr. bestimmt den Sexus des Nachkommen, daher alle bisher aufgestellten Regeln von Alter, von Kraft (welcher?), von Zuneigung u. s. w. einen nur geringen und indirecten ursächlichen Werth, mehr nicht, beanspruchen können, welcher lediglich ihren Autheil an der Summation zweier Proportionen darstellt; in einem Fall geringer, im anderen grösser. Es sind sogar "additive" Resultate möglich, welche als Vaterssohn oder Mutterstochter erscheinen - eben weil es sich um Proportionen handelt. Ich verweise auf die graphischen Darstellungen in der zusammenfassenden Schrift mit speciellen Erfahrungen. Hegar's Ausführungen (über Castration, pg. 1003 ff., Volkmann'sche Sammlung, Bd. 5) sind darnach um so zutreffender für die sexuelle Artung, als der Rhythmus der Theilungs. interferenzen den fortwährenden Wechsel eines sichtbaren Interferenzstadiums (Karyokinese) mit Repulsion - nicht Attraction! - gleichnamiger Substanzen auf electromotorischer Basis und eines "Ruhestadiums" d. h. überwiegend chemischen Interferenzstadiums erkennen lässt. Das erstere, nur in einem einzigen Falle, nämlich bei der Copulation attractiv, nach erfolgtem Ausgleich stets repulsiv, repräsentirt die electromotorische Energie des Vaters, umgeschlagen in lebendige Kraft nach Attraction und Ausgleich und nach erreichtem Zweck, das chemische Stadium repräsentirt wieder mehr die mütterliche Energie, nach dem Ausgleich bei der Copulation ebenfalls interferentiell umgeschlagen zum normalen Uebergewicht ernährender Form.

Die erste Amphimixis, sagt Weismann — Interferenz aber dem Wesen nach, da sie Energiewandlung erzeugt, hat den grösseren Theil, vielleicht die ganze väterliche Spannkraft zur motorischen Bethätigung für die Zelltheilungen frei gemacht und mütterliche lebendige Kraft — beides je nach der Proportion der interferirenden Energieen — chemischer Form zurückgegeben.*) Hier dürfte man kaum mehr die Trennung so streng festhalten. Denn das eben ist ja das Wesen der Interferenz, dass sie (vgl. Virchow's Archiv) kolligativ, sogar schon additiv, etwas Neues hervorbringt. Aber, genau wie in der Chemie, lassen sich am letzten Ende alle kolligativen Neuschöpfungen und zwar, wie Ostwald nicht weiss, durch Interferenz, auf additive zurückführen. Diese Gleichstellung beider, auf welche Ostwald richtiger Weise hinstrebt (Grundriss 1889, pg. 393), ist aber nicht mehr Chemie, sondern hier giebt Interferenz als physikalisches und biologisches Princip ihre Rechte an den

^{*)} Diese Umstimmung und Weitergabe der eigenen Form eines jeden an den anderen ist ein richtiger Kreisprocess, dessen spiralige Fortführung 1. durch das Interferenzprincip an sich, 2. durch die Wärmebeisteuer der Mutter verbürgt wird.

erkenntnisstheoretischen Satz von der Wechselwirkung ab. Das darf nicht vermischt werden.

Naturwissenschaftlich sind denn doch so beträchtliche Wesensunterschiede zwischen kolligativen Vorgängen und additiven einerseits, zwischen diesen beiden Vorgängen und mathematischen Formeln andererseits vorhanden, dass nur Erkenntnisstheorie im Stande ist, Erfabrungswissenschaft von der Mathematik in präciser Weise zu scheiden und zugleich das Wesen negativer Summen mit dem Wesen kolligativer Neuschöpfungen begreiflich zu vereinigen.

Aber nach Grenzsicherung behalten wir für die Biologie diese schöne, durch mich von Ostwald entlehnte und ihm zu dankende Unterscheidung bei, deren eine Nüance — ein klassischer Beweis naher Verwandtschaft! — nämlich die constitutiven Eigenschaften, Ostwald für die Chemie seiner Zeit aus der Biologie entlehnt und mit psychologischen Gleichnissen gestützt und begründet hat. Ich hoffe, bei der Gesammtdarstellung der Interferenz die Nothwendigkeit der physikalischen Chemie für jeden Biologen überzeugend darzuthun. Meinerseits hätte ich ohne Ostwald die Idee nicht so abrunden können wie jetzt; auch Personenkunde nicht, die gleich physikalischer Chemie eine Vermittlungswissenschaft ist, wie Interferenz ein Vereinigungsprincip.

Jede Phase fortgesetzter Theilung ist Energieumschlag durch Interferenz, der Art, 1. dass (ausser anderen z. B. durch
Wärme etc.) constant einmal die electromotorische über die chemische, darauf
die chemische über die electromotorische Energie das Uebergewicht erlangt,
2. dass das Uebergewicht beider verschieden gross, a) dass diese Differenzschwankungen der Energiegrösse fortwährend stattfinden oder b) dass die
Differenz constant ohne Schwankung zu Gunsten der einen von beiden
Energieen besteht, c) dass die Differenz eine längere Zeit schwankt, d) dass
a, b, c nach Ort und Organ Geltung haben, nicht für die ganze Frucht.

Damit sind Entwicklungsgesetze, wie z. B. das Gesetz verschiedener Wachsthumszeit, welches Hertwig naiv (Entwicklungsgeschichte 1893, p. 163) mit einer Tantologie abfertigt, (NB. verdanke ich ihm so viel, dass ich nicht entfernt mir erlauben möchte, trotz eigener Meinung, anders als mit Hochachtung zu kritisiren und mit Eingeständniss meiner mangelhaften Ausbildung in seinem Fache) — doch einigermassen erklärt. Wenn nun eo ipso eine Phase, d. h. Energieform, die kräftigere ist, so wird sie durch Selbststeuerung (vgl. Virchow's Archiv, Bd. 1±4) auf Verwandlung in die andere Energie hindrängen; und wenn sie gerade in den geeigneten Partieen und zur geeigneten Zeit prävalirt, so wird sie vermöge der Interferenz immer auf die andere Energie oder Phase, d. h. im mer auf das andere Geschlecht hindrängen.

So kreuzt sich das Geschlecht durch Interferenz; selbstverständlich werden noch andere Momente zunehmend mitspielen (Roux). Die meisten aber erklären sich hieraus, z. B. die Faltung etc. Chemische Reize ändern den Rythmus zu Gunsten des einen oder anderen.

Die neurochemische Organisation, die zeitlich begründete, die örtlich begründete constitutive Abänderung des Nervensystems, die ganze Hereditätsfrage findet hier eine Formel zur näheren Berechnung.

II. Bibliographie.

XIX) J. Vives: L'hystéro-tabès.

(Paris, Librairie J. B. Baillière et fils. 1896.)

In ausführlicher Weise behandelt Verfasser das Nebeneinandervorkommen von Tabes dorsalis und Hysterie bei demselben Individuum. einigen Schlusssätzen niedergelegten Resultate der Arbeit sind zum grossen Theil nicht einwandsfrei. Wenn der Autor zunächst betont. I dass er im Ganzen nur 15 Fälle dieser Combination in der Litteratur finden konnte und daraus auf die Seltenheit derselben schliesst, so ist das ein auf der Hand liegender Fehlschluss, der nicht weiter discutirt zu werden braucht. Dass. wenn Hysterie und Tabes bei demselben Individuum sich finden, aus dieser Combination keine neue Krankheit sui generis entsteht, dürfte keinem Widerspruch begegnen, war aber auch nirgends jemals angenommen worden. - Die Combination findet sich gleichmässig bei beiden Geschlechtern vertreten, beim Mann pflegt zeitlich die Tabes, beim Weibe die Hysterie zuerst aufzutreten. Am Auffälligsten sind die Schlüsse des Autors bezüglich der Pathogenie der beiden Affectionen resp. ihrer Combination. Die nothwendige Voraussetzung zum Zustandekommen derselben scheint dem Autor in einer Prädisposition und zwar in einer hereditären Degeneration zu bestehen. Der Kreis der hierher zu rechnenden Affectionen wird ausserordentlich weit gezogen: ausser den Neurosen und den organischen Nervenkrankheiten werden angeführt die Tuberculose, die Stoffwechselkrankheiten und der Alcoholismus. Wird ein so belastetes Individuum von irgend einer erheblichen Schädlichkeit, unter denen Infectionskrankheiten, Traumen und psychische Erregungen an erster Stelle stehen, betroffen, so wirkt diese als agent provocateur und es entwickelt sich "l'hystéro-tabès". Eine ganz untergeordnete Rolle spielt die Syphilis bei der Entstehung der Krankheit, nur einmal unter 19 Fällen konnte sie constatirt werden. In consequenter Verfolgung der geschilderten Anschauung konnte Verfasser denn auch zu dem Satze gelangen: "L'hystérie peut jouer le rôle de cause provocatrice vis-à-vis du tabès"; - Referent mochte sehr bezweifeln, dass Verfasser für diese Anschanungen viele Freunde finden wird.

Cassirer (Berlin).

XX) L. Mann: Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre von der spinalen Hemiplegie.

(Habilitations Schrift. B. eslau 1897.)

(Auch in: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 10, p. 1 ff.)

Die Beobachtung einiger Fälle von Brown-Sequard'scher spinaler Halbseitenlähmung, von denen einer zur Obduction kam, veranlassten M., die klinischen Symptome und die pathologisch-anatomischen Befunde in seiner Studie zu berücksichtigen. Der erste Theil der klinischen Besprechung beschäftigt sich mit dem Verhalten der Motilität, der zweite mit der Sensibilität. Im dritten folgen die Krankengeschichten und im vierten der anatomische Befund des einen Falles.

Entsprechend dem Verhalten der Motilität stellt er 4 Krankheitstypen auf:

- Die Affection sitzt oberhalb der motorischen Kerne für die Armnerven, oberhalb der Halsanschwellung: Spastische Lähmung in Arm und Bein, ohne wesentliche Veränderung der Reflexerregbarkeit.
- Die Affection sitzt in der Höhe der Halsanschwellung: Schlaffe atrophische Lähmung des Arms mit Entartungsreaction und spastische des Beines.
- 3. Der Herd unterbricht die Pyramidenbahnen im Dorsalmark: Spastische Lähmung des Beins allein
- 4. Der Herd sitzt in der Höhe der motorischen Kerne für das Bein: Schlaffe atrophische Lähmung mit Entartungsreaction des Beines.

In 1 und 4 wird das Krankheitsbild davon abhängen, wie viele von den motorischen Kernen getroffen sind. Im Fall 3 (Unterbrechung der Pyramidenbahn im Dorsalmark) fand Wernicke ebenso wie bei der cerebralen Hemiplegie immer einen ganz bestimmten Lähmungstypus nach Ablauf der ersten Periode der ausgedehnten Lähmung: Lähmung der Dorsalfiexoren des Fusses und der Beuger des Unterschenkels. M. verallgemeinert das Bild, indem er ausführt, dass die hemiplegische Lähmung in einer ganz bestimmten Relation zur Gangfunction steht, so nämlich, dass die Verkurzer, also die der Vorwärtsschwingung dienenden Muskeln (Dorsalflexion des Fusses, Flexoren des Ober- und Unterschenkels) constant gelähmt bleiben, während die "Verlängerer" ihre Function wieder erhalten, resp. von vornherein intact bleiben. Die Schwierigkeit, welche bei dieser Erklärung dadurch entsteht, dass z. B. die Mm. semitendinosus und semimembranos. sowohl Strecker des Oberschenkels als auch Beuger des Unterschenkels sind, löst sich nach M. dadurch, dass beim Gehen diese Muskeln nur als Oberschenkeistrecker fungiren; denn man fühlt diese Muskeln beim Vorwärtsschwingen des Beines sich entspannen und beim Aufsetzen sich contrabiren. Auch die aufgenommene Contractionscurve am Biceps femoris beim Gehen bewies dies. Für diese beim Gehen ausfallenden Unterschenkelbeuger treten am gesunden Bein der Sartorius und Gracilis ein. Auch dies ist durch Contractionscurven bewiesen. Da demnach der Biceps femoris also nicht gelähmt ist bei Hemiplegie, muss auch seine Kraft als Unterschenkelbeuger in der Ruhe erhalten sein, und dies kann man auch nachweisen, indem man den auf einem Stuhle nach vorwärts geneigt sitzenden Patienten auffordert, den Unterschenkel zu beugen. Er wird dazu im Stande sein. Der M. gracilis und sartorius ist aber bei der Hemiplegie (als Verkürzer) Auch die Beuger des Oberschenkels Ileopsoas (im Verein mit Gracilis und Sartorius) und die Dorsalflexoren des Fusses (Tibialis anticus, Extensor digitorum comm. long.) erwiesen sich immer als schwer paretisch, während die "Verlängerer" des Beins (Strecker des Ober- und Unterschenkels, Plantarflexoren des Fusses) nicht geschädigt gefunden wurden. Was nun das Verhalten der Adduction und Abduction betrifft, so fand M. erstere meist gut, während letztere mehr oder minder geschädigt war durch entsprechende Mitbetheiligung des Glutæus medius an der Lähmung.

Alle diese Ausführungen gelten ebensowohl für die cerebrale wie für die spinale Hemiplegie. Beim Studium des Verhaltens der Sensibilität

bei der Halbseitenläsion fiel dem Verfasser an allen seinen 6 Fällen auf, dass jedesmal die Sensibilität (an der der Läsion entgegengesetzten Seite, sowie an der Zona anæsthetica der gleichnamigen Seite) in der Weise gestört war, dass die leisesten Berührungen empfunden und localisirt wurden. während die Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit vollkommen aufgehoben oder doch sehr stark herabgesetzt war. Auch der faradische Strom wurde auf der gestörten Seite schon gefühlt, wenn er nur wenig stärker war als auf der gesunden (5-15 mm Rollenabstand, Stromunterschied), es konnte aber bei seiner Verstärkung auch kein Schmerz hervorgerufen werden. Beobachtung erweckt Erstaunen, denn wenn der halbe Querschuitt des Rückenmarks durchtrennt ist, so sind damit auch die Tastfasern unterbrochen und können entsprechende Reize dann auch nicht mehr nach oben leiten. Dieses ist nur dadurch erklärbar, dass die Zerstörung der einen Rückenmarkshälfte an einem bestimmten Punkte keine vollständige war, dass vielmehr einzelne Fasern (die resistenteren oder die durch den Hord nicht so sehr in Mitleidenschaft gezogenen) ausgesperrt blieben. Das Erhaltensein der Tastempfindung erklärt Verfasser durch die schon öfter ausgesprochene Theorie, dass Tastempfindung sich nicht qualitativ, sondern nur quantitativ von der Schmerzempfindung unterscheidet, dass die Schmerzempfindung aus einer Summation von Tastempfindungen resultirt, indem ein stärkerer ausserer Reiz dadurch im Rückenmark sich sum:nirt, dass die Erregung durch die Collateralbahnen sich auf viele sensible Fasern überträgt und so eine stärkere Reaction im Empfindungscentrum bedingt. Unter diesen Collateralen versteht Verfasser jedenfalls die "Summationsbahn". Wir haben demnach keinen Grand mehr, abgetrennte Leitungen der Berührungsempfindungen anzunehmen.

Der Fall, der zur Obduction kam, betraf eine halbseitige Verletzung des Halsmarks rechts, bei der sich jedoch Symptome zeigten, die über das Bild der reinen spinalen Hemiplegie hinausgehen, nämlich:

- 1. Die verhältnissmässig grosse Ausdehnung der Sensibilitätsstörung auf der motorisch gelähmten Seite (Gürtelzone um den ganzen Thorax, ferner am Ulnarrande der oberen Extremität).
- 2. Die doppelseitige Lähmung der Intercostales.
- 3. Die, wenn auch vorübergehende atrophische Lähmung an der linken oberen Extremität.
- 4. Die Betheiligung gewisser Hirnnerven (Trigemiaus, Hypoglossus).

 Der Herd musste demnach auch die linke Querschnitthälfte geschädigt haben.

Obwohl nun in diesem Fall eine totale Degeneration der rechten Pyramidenseitenstrangbahn vorhanden war, bestand doch intra vitam keine völlige Lähmung des rechten Beins, sondern nur eine Lähmung von hemiplegischem Typus, d. h. die "Verlängerer" waren durchaus intact geblieben. Die Innervation dieser Muskeln kann also nicht durch die Pyramidenseitenstrangbahn verlaufen. Wo aber sonst? Die Pyramidenvorderstrangbahn war intact geblieben auf der befallenen Seite. Ungekreuzt können diese Fasern aber nicht verlaufen, da diese Annahme im Widerspruch steht mit der cerebralen Hemiplegie. Auch die Annahme, dass diese motorischen Bahnen im Pyramidenvorderstrang der anderen Seite verliefen, ist nicht haltbar, da dann bei völliger Durchtrennung der einen Bückennarkshälfte

die "Verlängerer" des entgegengesetzten Beines gelähmt sein müssten, was nie beobachtet wurde. Es bleibt also nur übrig eine doppelseitige Innervation dieser Bahnen anzunehmen, welche schon deswegen plausibel erscheint, weil die Muskeln, um die es sich hier haudelt, besonders beim Stehen gebraucht werden, als einem Act, welcher gewohnheitsmässig doppelseitig innervirt wird und daher ein inniges Zusammenwirken beider Hemisphären erfordert.

In der sensiblen Sphäre im Rückenmark war die ganze ventrale Hälfte beider Hinterstränge durchtrennt und aufsteigend degenerirt, ohne dass Berührungsempfindung und Lageempfindung gestört gewesen wären; es kann also die Leitung der Berührungsempfindung etc nicht dort verlaufen, oder dieselbe hat noch andere Bahnen zur Verfügung und es macht sich dadurch der Ausfall dieser Bahnen nicht merklich geltend. Es können demnach die unterbrochenen gekreuzten Empfindungswege nur in den Vorderstrangsresten gefunden werden. Die sehr breite Zone der Empfindungsstörung auf der Seite der Läsion erklärt sich daraus, dass auch auf der linken Seite des Rückenmarks die an die graue Substanz anstossenden Vorderseitenstrangreste in die traumatische Degeneration einbezogen waren, während die peripheren (offenbar den tieferen Körperabschnitten zugehörigen) erhalten waren.

Dies das hauptsächlichste aus der ausserordentlich interessanten und manches Neue bietenden Arbeit.

Dan ber Würzburg.

XXI) Charles A. Oliver: Des principales méthodes appliquées en ophthalmologie au diagnostic des maladies nerveuses. Traduit de l'anglais par le docteur S. Baudry.

(Ch. Tallandier's Verlagsbuchhandlung. Lille 1897.)

Oliver bringt in übersichtlicher Anordnung und ziemlich knapper Form die verschiedenen Methoden (objective und zubjective), welche uns zur Verfügung stehen, um den Augenhintergrund, die brechenden Medien, Sehschärfe, Farbensinn, Gesichtsfeld, Bewegungsapparat des Auges zu untersuchen. Ausser der Schilderung der Methoden selbst wird deren Zweck und Bedeutung speciell zur Diagnose nervöser Erkrankungen des Nervensystems auseinandergesetzt. Ein Bedürfniss zur Uebersetzung ins Deutsche dürfte wohl kaum bestehen.

XXII) Karl Baas: Die semiotische Bedeutung der Pupillenstörungen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde.)
(Verlag von Karl Marhold. Halle a. S. 1896.)

Nach kurzen historischen Bemerkungen spricht B. zunächst von den muskulösen und elastischen Bestandtheilen der Iris, geht dann über auf die Schilderung der physiologischen Verhältnisse der Innervation, die Pupillenreaction, deren Zustandekommen nach unseren jetzigen Kenntnissen besprochen und an einem Schema erläutert wird. Etwas ausführlicher wird der Bahnen und Centren für die Pupillenerweiterung gedacht. Kurz besprochen wird ferner die Wirkungsweise verschiedener chemischer Stoffe (Mydriatica, Myotica, Anästhetica), worauf dann die Betrachtung der aus eigentlichen krankhaften Zuständen des Körpers resultirenden Pupillen-

Digitized by GOOGLE

störungen folgt. Erörtert werden zunächst die verschiedenen möglichen Störungen des Reflexablaufes in der centripetalen optischen Bahn, die hiebei zu beobachtenden Veränderungen der Pupillenweite und Pupillenreaction; hierauf folgt die Besprechung der Störungen, welche durch Erkrankung der centrifugalen Leitung des Oculomotorius resp seines Kernes entstehen. Näheres ist im Original nachzusehen, dessen Studium aufs Wärmste empfohlen werden kann.

XXIII) A. Marina: Ueber multiple Augenmuskellähmungen und ihre Beziehungen zu den sie bedingenden, vorzugsweise uervösen, Krankheiten. (Franz Denticke's Verlag. Leipzig und Wien 1896)

Wer sich in Zukunft mit dem Kapitel der Augsnmuskelstörungen befasst, wird dieser Arbeit von Marina, sowie der hier ebenfalls referirten Arbeiten von Kunn nicht entrathen können Das Referat kann leider über eine kurze Inhaltsangabe der 351 Seiten umfassenden Abhandlung kaun hinausgeben.

Marina hat sich in dieser hauptsächlich klinischen Studie zur Aufgabe gestellt, die Augenmuskellähmungen im Zusammenhange mit jenen Krankheiten zu betrachten, von denen sie eine Haupt- oder Theilerscheinung sind. — In der Einleitung wird kurz der anatomischen, physiologischen, sowie der pathologischen Seite des Themas gedacht, wir finden eine kurze Inhaltsangabe der Hauptarbeiten über die Augenmuskelkerngebiete, deren Gefässversorgung, ihrer Beziehungen zu anderen Gehirntheilen, fernerhin derjenigen grundlegenden Arbeiten, welche sich mit der Eintheilung der verschiedenen Augenmuskellähmungen beschäftigten.

Nach dieser Einleitung wendet sich M. zunächst dem Kapitel der "angeborenen Augenmuskellähmungen" zu. In diesem Abschnitt sowohl wie in fast allen folgenden finden wir neben einer übersichtlichen tabellarischen Anordnung der vorhandenen Casuistik eine Anzahl eigener Beobachtungen. Eingeschoben in das Kapitel der angeborenen Lähmungen finden wir die Augenmuskellähmungen bei der juvenilen progressiven Muskeldystrophie. Am Schlusse seiner Ausführungen fasst M. folgende Punkte kurz zusammen:

Für eine Gruppe der angeborenen Augenmuskellähmungen ist die Aplasie des Neurons und Muskels wahrscheinlich.

Für eine zweite Gruppe kann man eine Deficienz, eine Missbildung der Muskeln und eine fehlerhafte Anheftungsweise annehmen.

Einige Abducens. und Fasialislähmungen sind der Zange zu verdanken.

Einige Ophthalmoplegien können endlich von einer kurz nach der Geburt entstandenen Encephalitis entstanden sein.

Im Anschluss daran werden die Augenmuskellähmungen bei der Bulbärparalyse bei Poliencephalomyelitis, bei der Sklerosis disseminata, Syringomyelie bei Vergiftungen (M. tritt für den peripheren Ursprung der meisten
dieser Lähmungen ein), bei den Infectionskrankheiten, bei der primären
acuten Polyomyositis, der Polyneuritis, bei der cerebralen Kinderlähmung, der
acuten Polyencephalitis (Wernicke), beim Alcoholismus, bei der Syphilis
besprochen. (Die spinale Form der Syphilis paart sich selten mit Augenmuskellähmungen, dahingegen dürfen die cerebrale Form, die Basalmeningitis

Digitized by GOGI

[am meisten], dann die Neuritis und überhaupt die peripheren Processe als die unmittelbaren Ursachen der Lähmungen angesehen werden.) Es folgt dann weiter die Besprechung der Lähmungen bei Tabes (während bei der Syphilis öfters Lähmungen der äusseren Augenmuskeln vorkommen, finden wir bei Tabes häufiger pathologische Zustäude in der Pupillenweite), bei den Psychosen, besonders bei der progressiven Paralyse, fernerhin tei Morbus Basedowii, bei Hysterie.

Als Verbindungsglied zwischen functionellen und organischen Erkraukungen bringt M. die recidivirenden Augenmuskellähmungen. Dieselben sind nach M. nicht als eine Krankheit sui generis aufzufassen. Es folgen die sogenannten alternirenden Augenmuskellähmungen, die Augenmuskellähmungen bei Hämorrhagien und Erweichungen im Pons, bei Geschwülsten der Brückenregion, der Corpora quadrigemina und der Grossschenkelregion, bei Tumoren des Kleinhirns, bei Hämorrhagien und Erweichungen der Vierhügel- und Grosshirnschenkelregion, die Lähmungen nach Trauma. Weiterhin werden besprochen die Augenmuskellähmungen bei Meningitis, bei den Aneurysmen der Basalarterien, bei Basalgeschwülsten. Zuletzt wird die Frage der Pupillenreaction bei den verschiedenen oben erwähnten Affectionen erörtert und zwar zunächst auseinandergesetzt, wie das Thema nach den letzten experimentellen Studien sich gestaltet.

M. ist der Ansicht, dass das hauptsächliche Centrum für die Verengerung der Pupille nicht central, sondern peripheriewärts vom Oculomotoriusstamme sich befiudet, also im Ganglion ciliare. (Referent gedenkt in der allernächsten Zeit selbst eingehender mit dieser Frage in einer eigenen Arbeit sich zu beschäftigen, er verweist hier nur auf seine in diesem Centralblatt (Jahrg. 1896, S. 611) bereits mitgetheilten Versuche, wonach bei Entfernung der Iris und des Ciliarkörpers degenerative Veränderungen nur in den kurzen Ciliarnerven und im Ciliarganglion, nicht aber im Oculomotoriuskern eintreten; es endigen also die Nerven der Iris und des Ciliarkörpers im Ganglion ciliare. Bei diesen Versuchen haben sich noch einige andere höchst wichtige und neue Punkte ergeben, auf die Referent jedoch noch nicht eingehen kann, da seine Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind.)

XXIV) Althaus: Der Werth der Electricität als Heilmittel. Aus dem Englischen übersetzt von Oetker.
(Frankfurt a. M. 1897.)

Nach einer kurzen Darstellung der wichtigsten electrischen Apparate und Behandlungsmethoden enthält das Buch eine specielle Electrotherapie der einzelnen Krankheiten, welche durch zahlreiche Krankengeschichten aus der langjährigen Praxis des Verfassers illustrirt ist. Leider muss man sagen, dass trotz des grossen Beobachtungsmaterials, auf welches der Verfasser sich stützt und trotz seiner sehr sorgfältigen Beschäftigung mit den electrischen Behandlungsmethoden wir durch das vorliegende Büchlein auch nicht um einen Schritt in der Erkenntniss des Heilwerthes der Electricität vorwärts gebracht werden.

Wir vermissen nämlich in dem Buch jede kritische Abwägung darüber. ob die erreichten Heilerfolge wirklich der electrischen Behandlung zuzu-

schreiben sind. Der Verfasser nimmt dies ohne Weiteres als selbstverständlich an und macht auch nicht den leisesten Versuch den üblichen Einwürfen, dass es sich um Suggestionswirkung, um Spontanheilung, um Wirkung anderer Heilfactoren oder dergleichen handeln könne, zu begegnen.

Der suggestive Einfluss der electrischen Behandlung wird mit einer kurzen Bemerkung im Vorwort abgethan und kommt dann in dem ganzen Buch, so weit ich gesehen habe, nur noch einmal vor, nämlich bei Gelegenheit der psychischen Impotenz, bei welcher der Verfasser sagt, es könne wohl der Einwurf gemacht werden, dass es sich bei seinen durch Gehirngalvanisation erreichten Erfolgen um Suggestionswirkungen handle; er habe jedoch Fälle behandelt, "in welchen der Einfluss der Suggestion ganz und gar ausgeschlossen werden konnte".

Wodurch dieser Einfluss ausgeschlossen werden konnte, sagt der Verfasser jedoch nicht.

Ebenso wenig wie die Suggestion werden die anderen auf den Krankheitsverlauf mitwirkenden oben angedeuteten Factoren berücksichtigt; eine gründliche Untersuchung darüber, wie dieselbe Krankheit einmal electrisch und das andere Mal mit anderen Methoden oder gar nicht behandelt, verläuft, findet sich nirgends; Krankheiten mit der verschiedenartigsten Verlaufsweise und Prognose werden neben einander gestellt und gleichmässig behandelt, wie z. B. die Tabes dorsalis und die Ataxie nach acuten Infectionskrankheiten. Von der letzteren sagt der Verfasser, dass sie "ebenfalls (wie die Tabes) häufig ein dankbares Object für die electrische Behandlung" ist.

Wenn man die bei jeder Behandlung durchaus günstige Prognose der Ataxie nach acuten Infectionskrankheiten einerseits und den Verlauf der Tabes dorsalis andererseits bedenkt, so wirkt dieses zebenfalls" etwas seltsam.

Was die Methoden betrifft, die der Verfasser anwendet, so empfiehlt er hauptesichlich schwache Ströme, kurze Sitzungen, sorgfältige Benützung von Rheostat und Galvanometer und zieht bei centralen Erkrankungen die Application am locus morbi stets der symptomatischen Behandlung der peripheren Theile vor.

Er ist ein überzeugter Anhänger der polaren Wirkungsweise des Stromes auf Grund der Erscheinungen des Electrotonus. Von diesen Gesetzen macht er einen weitgehenderen und kühneren Gebrauch, als er bisher im Allgemeinen gemacht worden ist. Z. B. hehandelt er Psychosen angeblich mit gutem Erfolg, indem er bei Erregungszuständen Anelectrotonus, bei Melancholie und Stupor dagegen Katelectrotonus in den "Flech sig'schen psychischen Centren" erzeugt!

Ref. möchte es keinem Leser verdenken, wenn er an der Solidität sowohl der anatomischen wie der electrophysiologischen Grundlage dieser Behandlungsmethode einige Zweifel hegt.

Auch dürfte es wohl einige Verwunderung erregen, wenn man hört, dass der Verfasser die Hysterie durch "transversale Galvanisation des Mittelhirnes" in vielen Fällen mit vorzüglichem Erfolge behandelt, dass er ferner bei der Paralysis agitans, welche er als eine Erkrankung der Rolandoschen Windungen (??) mit dem Charecter der Schwäche mehr als dem

der Ueberreizung ansieht, durch Erzeugung von Katelectrotonus in der motorischen Rindenregion sehr wesentliche Besserungen berbeiführt.

Auch die interessante Krankengeschichte des Schriftstellers (p. 36), welcher durch einen neurasthenischen Zustand von "Gehirnschwäche" selbst zu der leichtesten geistigen Arbeit unfähig geworden war und nach zweimaliger Galvanisation des Kopfes mit 1 M-A sich hinsetzte und ein bedeutendes Werk schrieb, dürfte ein mit leisen Zweifeln gemischtes Erstaunen bei den Lesern hervorrusen. Dem Versasser aber sind solche Heilungen gar nichts Auffälliges, sondern er findet sie "durch eine mässige Dilatation der Arterien, die das geistige Centrum (Flechsig) versorgen", ganz ausreichend und einfach erklärt.

Es genügen wohl diese wenigen Proben, um dem Sachverständigen zu zeigen, dass der Verfasser bei der Beurtheilung seiner Behandlungsmethoden und seiner Erfolge nicht mit der nöthigen Kritik und Vorsicht vorgegangen ist und dass sein Buch somit durchaus nicht dazu angethan ist, die noch immer streitigen Fragen bezüglich des Werthes der Electrotherapie aufzuklären.

Referent bedauert dies um so mehr, als er selbst der Electrotherapie gegenüber bis zu einem gewissen Grade auf einem durchaus positiven Stand, unkte steht und der Ueberzeugung ist, dass eine Casuistik wie die vorliegende, bei der jede ernstliche Kritik der Heilerfolge unterlassen ist, nur dazu dienen kann, den Gegnern der Electrotherapie neues Material an die Hand zu geben.

Mann (Breslau).

XXV) G. Buschan: Schilddrüsentherapie. (Separatabdruck aus der Realencyklopädie der gesammten Heilkunde.)

(Encyklopädische Jahrbücher, VI. Bd., 1896.)

Der Verfasser giebt im obigen Artikel eine werthvolle kritische Uebersicht über die neueren Erfahrungen bezüglich der Schilddrüsentherapie. Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung werden die verschiedenen Methoden der Schilddrüsenbehandlung, Implantation, subcutane Injection, Ingestion per os und die Inunctionsmethode erörtert; bei der Besprechung der Ingestion per os finden das Thyrojodin Baumann's, das Thyraden von Knoll & Co. in Ludwigshafen und Merk's Thyreoidinum siccatum und depuratum als die für künftige therapeutische Versuche sich empfehlenden Präparate Erwähnung.

In dem folgenden Abschnitte werden die therapeutischen Erfolge der Schilddrüsentherapie bei Myxödem, Kropf, Morbus Basedowii, Tetanie, Akromegalie, Hautkrankheiten, Fettleibigkeit, Psychosen und einer Reihe anderer Krankheiten (Diabetes, arthitische Diathese, Rhachitis etc.) dargelegt. Auch der bei Schilddrüsenbehaudlung auftretenden unangenehmen und üblen Zufälle (der Erscheinungen des Thyreoidismus) gedenkt der Autor und er glaubt, dass man einen physiologischen und pathologischen Thyreoidismus zu unterscheiden habe, welch' letzterer durch Darreichung absolut frischer Drüse oder aus solcher hergestellter Präparate zu vermeiden ist. Den Schluss des Artikels bildet ein sehr umfängliches Litteraturverzeichniss.

ł

XXVI) H. Bernheim: Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Autorisirte deutsche Ausgabe von S. Freud. (Zweite umgearbeitete Auflage, besorgt von M. Kahane.)

(Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1896.)

Die vorliegende zweite Auflage der Freud'schen Uebersetzung des bekannten Bernheim'schen Werkes unterscheidet sich von der ersten wesentlich nur dadurch, dass die in letzterer enthaltenen Krankengeschichten weggelassen sind. Die Abkürzung, welche die Ausgabe hiedurch erfahren hat, gereicht derselben nur zum Vortheil. Dass mancher Abschnitt des trefflichen Buches nicht ganz dem jetzigen Stande der wissenschaftlichen Forschung entspricht, lässt sich wohl nicht in Abrede stellen und wird auch von dem Uehersetzer in einzelnen Anmerkungen zugegeben; allein diese Mängel dürften den grossen Vorzügen des Buches gegenüber nicht ernsthaft in Betracht kommen und wir können daher nur wünschen, dass auch diese neue Auflage eine freundliche Aufnahme bei den deutschen Aerzten finden möge.

XXVII) Friedrich Rubinstein: Hamlet als Neurastheniker. (Leipzig 1896, 31 8.)

Die Broschüre, welche mehr für den Litterarhistoriker als den Arzt geschrieben ist, ist eine Streitschrift. Sie will nienen falschen Realismus bekämpfen, der im Wirklichen nur das Niedrige, Entartete, Krankhafte sieht und darstellt und überall Krankheiten erblickt", jenen Realismus, der bereits den Nachweis versucht, dass anch die klassischen Meister des Dramas "bereits absichtlich und bewusst Krankheitsdarstellungen eben nm der Krankheiten willen auf die Bühne gebracht haben". Diesen Versuch hat Carl Rosner bezuglich Shakspeare's in einem Vortrage: "Shakspeare's Hamlet im Lichte der Neuropathologie" gemacht, in welchem er sich nachzuweisen bemüht, dass 1. Shakspeare selbst eine neuropathische Natur ist und 2. die Erfahrungen, die er am eigenen Leibe gemacht hat, im Hamlet zum Ausdruck gebracht habe, den er aus seiner damaligen trüben Stimmung heraus bewusst als einen neuropathischen Character, als Neurastheniker habe darstellen wollen. R. giebt nun in der vorliegenden Schrift eine Ehrenrettung Shakspeare's und seines Hamlet. Was Rosner als krankhaft bezeichnet, kommt, wie Verfasser mit einem Excurs über das Wesen des Genies nachzuweisen sucht, der genialen Anlage als solcher zu. Die Unentschlossenheit, die Schwermuth, die Neigung zum Grübeln einerseits und die gesteigerte Erregbarkeit Hamlet's andrerseits, aus welchen Rosner vorzugsweise die Diagnose Neurasthenie herleitet, sucht Verfasser wohl mit Recht aus der ganzen Sachlage und dem Character Hamlet's zu erklären, welcher, ein edler, hochgenialer Mensch eine mehr theoretische als practische Natur, dabei ein Jüngling mehr als ein Mann, sich zum Rächer eines ungeheuerlichen Verbrechens bei seinen nächsten Blutsverwandten berufen sieht, dessen volle Gewissheit er wenigstens anfangs noch nicht hat. die übrigen Momente, welche Rosner als Zeichen der Neurasthenie beibringt, erscheinen so gesucht und gedeutelt, dass es dem Verfasser leicht wird, dieselben zurtickzuweisen.

XXVIII) Fr. Kretzschmar: Brausewetter oler: So weit sind wir ge-kommen? — Betrachtungen zur Irren- und Rechtsreform.

(Grossenhain i. S. Hermann Starke.)

Unter Betrachtung über mannigfache Schäden im Richterstand, die K. im Subjectivismus der Richter und in ihrer politischen Befangenheit in foro sieht und auf die Minderwerthigkeit des heutigen juristischen Personals zurückführt, Vorwürfe, die wir hier auf sich beruhen lassen können, geht K. auf den Fall Brausewetter ein und nimmt dessen Verhalten im Ahlwardt-Process als Beispiel für seine Anklage, obgleich K. selbst ein ausführliches Gutachten eines nicht genannten Arztes vom Januar 1893 auführt, welches das Verhalten des Gerichtsdiroctors Brausewetter auf geistige Störung zurückzusühren geneigt ist ("wenn auch zur Zeit der Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit sich kaum werde erbringen lassen").

K. erklärt es für einen eclatanten Beweis der Unvollkom menheit der heutigen Psychiatrie, dass die Frage, ob Brausewetter bereits in den letzten Jahren vor dem eclatanten Ausbruch der Geistesstörung (December 1895) unzurechnungsfähig gewesen sei, nicht habe beant wortet werden können, und dass ein Geisteskranker, den täglich Hunderte beobachten konnten, und darunter vor Allem Juristen und Gerich tsärzte, bis kurz vor seinem Tode unerkannt herumgehen und wirken konnte. "Giebt es ein traurigeres Armuthszeugniss für die psychiatrische Weisheit der Gegenwart!" ruft mit Emphase K. aus, der an das eben von ihm erwähnte Gutachten vom Januar 1893, welches bereits die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Dementia paralytica stellt, naturlich schon längst nicht mehr denkt. Kann es ein traurigeres Armuthszengniss für das Gedächtniss des Verfassers und für seine Kenntniss von den Verhältgissen bei Gericht geben? sagen wir. Weiss er denn nicht, dass die Gerichtsärzte nur dann vor Gericht zu sprechen haben, wenn sie gefragt werden! Und sind sie im Falle Brausewetter gefragt worden? Und abgesehen davon, weiss er denn nicht, dass die Gerichtsärzte mit wenigen Ausnahmen keine Psychiater sind? Er weiss es, denn in seiner "Reform des Irrenrechts" hat er die Mangelhaftigkeit des psychiatrischen Wissens der Gerichtsärzte an mehreren Stellea betont. Hoppe.

XXIX) Hatscheck: Medicin, Naturwissenschaft und Gymnasialreform.

— Vortrag, gehalten in der Vollversammlung des deutschen naturwissenschaftlich-medicinischen Vereins für Böhmen "Lotos" am 8. Februar 1896. (Prag 1896.)

Für die in Oesterreich geplante, neue medicinische Studienordnung schlägt Hatsche k die vollkommene Abtrennung der naturwissenschaftlichen Fächer vor, da diese den Studenten binderten, sich mit der nöthigen Concentration mit den eigentlichen Fachstudien zu befassen. Jeder angehende Mediciner soll vielmehr vor Beginn seiner eigentlichen Studien gehalten sein, ein Jahr lang ein "naturwissenschaftliches Proseminar" mit nachfolgendem Examen zu absolviren. Damit dieser präparatorische Unterricht voll zur Geltung kommt, soll das Gymnasium in Zukunft den künftigen Arzt besser und zweckentsprechender für Universität und Beruf vorbereiten, als dies bis jetzt geschehen ist. Damit rührt H. an die sich immer stärker aufdrängende Frage einer gründlichen Gymnasialreform. Unter den speciellen

Reformvorschlägen werden besonders betont: Umgestaltung des Gymnasiums zur Einheitsschule, Kürzung des Gymnasialbesuchs zu Gunsten des Berufsstudiums, Einschränkung der sinnlosen Ueberladung des Schülers mit klassischer Philologie und entsprechend gründliche Vertiefaug der mathematischnaturwissenschaftlichen Lehrgegenstände. Ein in Ortsgruppen organisirter "Verein für Gymnasialreform" soll ähnlich dem deutschen Schulverein die angeregte Bewegung in Gang setzen helfen.

Derjenige Umstand, welcher am meisten auf eigen absoluten Abbruch des modernen Unterrichtspfahlbaues hindrängt, ist zweifelsohne die jämmerliche Vernachlässigung gerade desjenigen Wissenszweiges, welchem wir den grössten Theil unserer heutigen Culturerrungenschaften verdanken: der Naturwissenschaften. Wer vollends vom Gymnasium causale Neigungen mitbringt, geräth obendrein, nicht gerade in Folge des herrschenden klassischphilologischen Regimes, wohl aber seines hilfswissenschaftlichen Anhangs, gewöhnlich zunächst noch in die metaphysiche Richtung alten Stils, aus welcher er im gunstigen Falle erst nach längeren, wenn auch oft interessanten Umwegen herauszubugsiren ist. Leider aber hat gerade diese Seite der Reform am wenigsten Aussicht auf baldige befriedigende Berücksichtigung angesichts der zahlreichen, aufklärungsfeindlichen und bedauernswerthen Elemente, welche es dem Herrgott übel nehmen, dass er sie aus Staub geschaffen hat, und auf Denjenigen mit Feindschaft und Misstrauen blicken, welcher daran geht, die ideelle Reconstruction dieser skandalösen Provenienz zu versuchen. Ernst Jentsch (Turin).

III. Sammelreferate.

Giebt es, nach dem heutigen Stande der Litteratur, eine sichere histologische Diagnose der progressiven Paralyse aus den Veränderungen der Grosshirn-Rinde?

Von Dr. WILHELM POLLACK in Würzburg.

Einleitung.

Die progressive Paralyse ist nach ihrer pathologisch-histologischen Seite in den beiden letzten Jahrzehnten Gegenstand einer so regen Discussion, so zahlreicher Veröffentlichungen in Form von Vorträgen, Beiträgen und umfangreichen Monographien gewesen, dass es nicht ganz angebracht scheinen mag dieses Thema noch als Dissertation zu bearbeiten. Wenn ich trotzdem die Frage: ob es nach dem heutigen Stande der Litteraturmöglich sei eine sichere Diagnose der progressiven Paralyse mittelst microscopischer Untersuchung der Hirnrinde zu stellen, noch einmal aufwerfe; so habe ich mich dabei nicht etwa durch meinen Skepticismus allein leiten lassen. Massgebend war für mich zunächst das Verlangen meines verehrten Lehrers, Herrn Professor Dr. Rieger, und dann die Erwägung, dass bei der noch so mangelhaften Technik der histologischen Untersuchungs-Methoden des Central-Nervensystems der Erfolg pathologischer Feststellungen auf dem, an ungelösten Problemen noch so reichen, Gebiete der Hirn-Anatomie mindestens zweifelhaft sei.

Da für die progressive Paralyse der Ausspruch Westphal's (1): "die Ansichten der Untersucher bei Dementia paralytica haben sich stats geändert mit dem Wechsel der Anschauungen über die Bindegewebs-Veränderungen" noch heute zu Recht besteht, ein endgültiger Abschluss in diesen Anschauungen bei der verschiedenen Auffassung der Lehre von der Entzündung aber noch nicht gefunden und auch nicht so bald zu erwarten ist; so würde ein Eingehen auf die, in der einschlägigen Litteratur niedergelegten, Begründungen der gefundenen pathologischen Veränderungen zu weit führen. Ich kann in dem Rahmen des mir gestellten Themas nur die objectiven Befunde der einzelnen Untersucher zur Beantwortung der aufgeworfenen Frage einander gegenüberstellen.

Hiebei will ich, der besseren Uebersicht wegen, die, nach dem heutigen Stande der Anatomie die Hirnrinde bildenden, Elemente der Beihe nach behandeln.

1. Nervenfasern.

Nach Tuczek (2) ist ein Schwund der markhaltigen Nervenfasern in bestimmten Hirnrinden Abschnitten ein, der progressiven Paralyse constant zukommendes, Substrat, wenn auch nicht der allein wesentliche Befund. Er stellte eine gewisse Gesetzmässigkeit in der Ausbreitung des Faserschwundes insoferne fest, als er fand, dass stets die äussere Schicht zuerst und am Intensivaten ergriffen war, und dass erst von da aus der Faserausfall auf die 2. und 3. Schicht überging. Die Meynert'schen Associations-Fasera sind nach ihm hiebei vor allem an dem Schwunde betheiligt. Bestimmte Hirntheile, wie: vordere Centralwindung, Occipital-Lappen fand er nicht atrophirt. Diesen Angaben stimmt Zacher (3) insoferne bei, als auch er die Hirnrinde bei progressiver Paralyse stets von Faserschwund ergriffen fand, aber nicht in der von Tuczek angegebenen Regelmässigkeit (cf. Nr. 3, S. 387): "Der degenerative Process des Faserschwundes schreitet durchaus nicht immer gradatim von den vorderen zu den, mehr nach hinten gelegenen, Hirnpartien fort, sondern es scheint, dass in vielen Fällen der Process herd- und fleckenweise auftritt". Das Stirnhirn fand er vorzugsweise betroffen; aber auch im Central- und Occipital-Lappen sah er, im Gegensatze zu Tuczek, starken Faserschwund. Bei einzelnen Nervenfasern fand Zacher unregelmässige Markquellungen und stärkere Varikositäten, so dass die Fasern ein rosenkranzähnliches Aussehen bekamen*), wobei das Nervenmark bei de: Anwendung der Exner'schen Färbemethode anstatt einer schwarzen eine bräunliche Färbung angenommen hat, nach der Friedmann'schen "statt schön blau nur blasslila" gefärbt wird. Die Radiärfasern zeigen vielfach unregelmässige Quellungen des Markmantels mit rissigen Contouren und blasser Randfärbung. Friedmann (4) fand, dass die Nervenfasern durch variköse Schwellung oder einfache Atrophie zu Grunde gehen.

^{*)} Die se Fälle sind bekanntlich vereinzelt an jedem ganz normalen Gehira su bemerken und wohl auf postmortale Gerinnungs-Vorgänge zurückzuführen.

Greppin (5) konnte in einem Falle keinen deutlichen Faserschwund nachweisen, dagegen fand er in 7 andern Fällen Schwund der markhaltigen Fasern der Rinde, zumal der Stirnwindung. Auch Strümpell (6) hält den Faserschwund für erwiesen.

Ebenso wie Zacher stellt auch Fischl (7) die Gesetzmässigkeit in der Ausbreitung des Faserausfalles in Abrede, bestätigt aber, dass er "in Uebereinstimmung mit Tuczek den Gyrus fornicatus in der Regel", und zwar hochgradig ergriffen fand; auch in Betreff der Insel, des Gyrus rectus und der I. Schläfenwindung giebt er zu, dass dieselben sehr häufig und hochgradig afficirt seien. Die Angabe Zacher's, dass sogar in derselben Gehirnwindung der Process nicht überall regelmässig entwickelt ist, erklärt er für vollkommen richtig.

Kéraval und Targoula (8) sahen ebenfalls Ausfall markhaltiger Rindenfasern. Ebenso Kronthal (9). Im Einklange mit diesen Angaben fand Binswanger (10), und zwar schon in den Frühformen, einen, wenn auch nur mässigen, Faserschwund, der bei längerem Bestande des Leidens an Ansdehnung gewinnt. In erster Linie sollen die Veränderungen "die feinsten mit unseren jetzigen Hülfsmitteln an den pathonicht mit gentigender Deutlichkeit darstellbaren Objecten markhaltigen und marklosen Nervenendausbreitungen" betreffen, aber dann bald im Aufangsstadium der Erkrankung nachweisbar sein. Eine Regelmässigkeit im Verlaufe des Faserschwundes kann auch er nicht constatiren, da er bald nur die Deckschicht, bald die I. und III. Schicht befallen findet, während in anderen Fällen in der I. Schicht ein deutlicher Faserschwund nicht nachweisbar war. Er sah den Schwund zwar auch vorzugsweise im Stirnhirn, doch wurden auch "im Parietal- und Schläfenhirn Stellen gefunden, die zweifellos Faserschwund darboten". Das mitunter herdartige oder fleckweise Vorkommen des Faserausfalles konnte auch dieser Forscher feststellen, sogar innerhalb eines Schnittes (?). A. Meyer (11), der ebenfalls Faserschwund constatirte, bestätigte im Gegensatze zu Tuczek die Angaben, nach welchen die Degeneration nicht successive von aussen nach innen fortschreitet. Für dus centrale Höhlengrau weist Schütz (12) Faserschwund nach. Homén (13) veröffentlicht 3 Fälle mit Veränderungen der myelinhaltigen Fasern der Rinde, besonders der Tangentialfasern. nach O. Klinke (14) kann die Faserabnahme bei Dementia paralytica weit unter die bei einzelnen Idioten beobachtete Faserzahl herabsinken.

Aus diesen Angaben geht hervor, dass Faserschwund in der Hirnrinde zwar fast stets zugegeben, aber die Frage über die Localisation und Ausdehnung desselben noch nicht endgültig entschieden ist.

Zu berücksichtigen ist biebei zunächst die Unzulänglichkeit unserer Untersuchungsmethoden, bei welchen der Verdacht von Artefakten nie ganz von der Hand zu weisen ist; ferner der Umstand, dass wir bis auf die neueste Zeit keinen sicheren Anhalt zur Bestimmung der Zahl und Stärke der Hirnrindennervenfasern gehabt haben. Die bloss ungefähre Schätzung aus dem Vergleiche mit normalen Gehirnen ist doch zu wenig beweiskräftig, zumal, wie Fischl (cfr. Nr. 7, S. 62) hervorhebt, "bedeutende Schwankungen in der Anordnung, im Caliber und in der Menge der Fasern schon

unter normalen Verhältnissen sich vorsinden." Selbst wenn aber ausgesprochener Faserschwund stets bei progressiver Paralyse gefunden würde, wäre derselbe für sich diagnostisch nicht verwerthbar. Denn zunächst lässt sich nach Kostjurin, Klinke u. A. auch bei geistig normalen Greisen Schwund der markhaltigen Nervenfasern finden. Ferner ist, entgegen der Behauptung von Tuczek: "dass die der dementia paralytica so nahe stehende dementia senilis, sowie andere Blödsinnsformen durch das Feblen des Faserschwundes sich anatomisch von der dementia paralytica constant unterscheiden", in mehreren Fällen seniler dementia ein derartiger Schwund constatirt worden. So hat Zacher (cfr. Nr. 3, S. 383) in mehreren Fällen seniler Erkrankung fast dieselben Besunde in Bezug auf Faseraussfall erhoben; ebenso sah er bei Epileptikern, welche zugleich Potatoren waren, Verminderung der Rindensasern.

Klinke (cfr. Nr. 14, S. 450) sah bei dementia senilis eine inteusive Abnahme der Fasern eintreten. An Tabo-Paralyse wies Jendrassik nach, dass bei Tabes ohne psychische Veränderungen Untergang der tangentialen und radiären Fasern in der Hirnrinde eintreten kann. Bei secundärer dementia sahen Kéraval und Targoula (cfr. Nr 8, S. 48, 49) Rindenfaserschwund. Ja, auch als Folge directer Schädigung durch Wärme, konnte Cramer (16) ausgedehnten Rindenfaserschwund in einem Falle von Insolatio nachweisen und ebenso nach Kohlenoxydgasvergiftung. Es kann also, was auch Zacher und Fischl zugeben, "der Faserschwund in keiner Weise als eine der Paralyse allein zugehörige Krankbeitserscheinung gedeutet werden" (Binswanger, cfr. Nr. 10, S. 51. Anm.).

2. Nerven-Zellen.

Die Nachrichten über pathologische Veränderungen der Gauglienzellen bei progressiver Paralyse sind zahlreicher und älter als diejenigen über die Nervenfasern und betreffen alle Bestandtheile der Zellen. Sowohl das Protoplasma und seine Fortsätze als auch Kern und Kernkörperchen sollen von den verschiedenartigsten Veränderungen befallen werden. Es würde zu weit führen, hier alle Befunde aufzuzählen. Deshalb verweise ich in Betreff genauerer Angaben über die ältere Litteratur unseres Gegenstandes auf die sehr genaue und schematische Zusammenstellung von Fischl (cfr. Nr. 7, S. 67). Wir finden dort als Veränderungen am Protoplasma fettig pigmentöse und hyaline Degeneration nebst Einwanderung von Zellen in das Protoplasma geschildert. Die Fortsätze der Nervenzellen sind geringer entwickelt oder fehlen oft ganz, eine Erscheinung, die Rindfleisch in seinen theoretischen Vorträgen als "Abschmelzung der Ausläufer" zu bezeichnen pflegt.

An dem Axencylinderfortsatz ist variköse Hypertrophie gefunden worden. Kerntheilungen nebst Vergrösserung und Quellung des Kernes wurden ebenfalls constatirt. Die Kernkörperchen fehlten mitunter oder waren reducirt; an Stelle des einen Kernkörperchens fanden sich auch mehrere. Als Veränderungen der ganzen Nervenzelle werden Hypertrophie, Aufblähung, Vergrösserung, Sklerose, Atrophie, Verkalkung und sogar vollständiges Fehlen von Zellen angegeben. Andere Forscher stellen wiederum einzelne dieser Veränderungen entweder ganz oder theilweise in Abrede.

Tuczek sagt: "Dass Alterationen der Ganglien vorkommen, gebe ich zu, obgleich ich mich von ihnen, selbst an Originalpräparaten von Herrn Mendel, der sie so eingehend beschreibt, nie habe überzeugen können, abgesehen allerdings von starken Pigmentirungen auch bei jüngeren Individuen". An einer anderen Stelle behauptet er: "An den Ganglienzellen der Rinde liess sich, wie gewöhnlich, auch nicht das Geringste nachweisen, was mit einiger Sicherheit pathologisch zu nennen wäre".

Fischl (cfr. Nr. 7, S. 6) u. 72) selbst führt einen Theil der beschriebenen Veränderungen auf den schädigenden Einfluss der Härtungsflüssigkeiten, vor Allem der Müller'schen Flüssigkeit zurück. Er stellt das Vorkommen von Kerntheilungsfiguren, geschweige denn von doppelten Kernen in Abrede. Dagegen fand er fettige pigmentose Degeneration und giebt zu, dass dieselbe zum völligen Zerfalle führen könne. Mit Mendel ist er der Ansicht, dass die Antoren, welche Hypertrophie der Ganglienzellen sahen, die Beetz'schen Pyramidenzellen für hypertrophirte Nervenzellen gehalten haben. Sklerose der Zellen konnte er bei Härtung in Alcohol nicht nachweisen; ebenso wenig sah er jemals Verkalkung, Einwanderung von Zellen in das Protoplasma oder Vakuolenbildung. Die Nervenzellenfortsätze traten manchmal "noch deutlicher wie unter normalen Verhältnissen hervor", jedoch fanden sich auch Fälle, wo sie entweder fehlten oder rudimentär zum Vorscheine kamen. Variköse Hypertrophie des Axencylinderfortsatzes konnte er nicht nachweisen. Die pericellulären Räume zeigten sich erweitert mit vermehrten Kerneu. Die Zahl der Nervenzellen war entschieden vermindert. Die letztere Angabe findet sich auch bei Bucelski (17) bestätigt. Eickholt (18), der einen Fall von Dementia paralytica mit complicirenden Herderkrankungen mittheilt, bemerkt, dass die Nervenzellen gequollen, die Kerne wie gebläht erschienen. Greppin (19) sah geringen Untergang von Ganglienzellen durch fettig pigmentöse Degeneration. In einem "frischen" Falle waren (ofr. Nr. 5, S. 587) "die Ganglienzellen wenig und sehr selten verändert; speciell die aus dem Occipitallappen und dem lobulus paracentralis entnommenen sind gut erhalten. Dagegen fanden sich in solchen aus dem Stirnhirn, aus der vorderen Centralwindung und aus der Insel ab und zu insofern Veränderungen, als das Protoplasma körnig zerfallen ist. um die Zellkerne feinkörnige Detritusmasse mit viel Pigment". Die Contouren der Ganglienzellen sah er verändert oder ganz verschwunden, ebenso Protoplasma- und Axencylinderfortsätze.

Bei Zacher (cfr. Nr. 3) kam eine grössere Zahl von Fällen zur Beobachtung, in welchen die Nervenzellen Sklerosirung des Kernes, Verdichtung und Pigmentirung des Protoplasmas nebst Veränderungen ihrer Form zeigten. Die pericellulären Räume waren dabei erweitert und enthielten reichliche zellige Elemente. Ebenso sah er fettig pigmentöse Degeneration. Er konnte auch in der Nähe der grösseren Ganglien zusammengelagerte kleinzellige Elemente beobachten, "ohne dass jedoch deutliche pericelluläre Räume vorhanden wären". Vielfach liegen diese kleinzelligen Elemente in kleinen Ausbuchtungen und Einkerbungen des Protoplasmas der Ganglienzellen, und auf jedem Querschnitte begegnet man mehreren Ganglienzellen, in deren Zellleib diese Gebilde vollständig eingedrungen zu sein scheinen. Diese Veränderungen finden sich meistens an den mittel-

grossen Ganglienzellen". Die grossen Pyramidenzellen der Centralwindungen sind zum Theil stark pigmentirt, sonst aber intact, zum Theil stark aufgebläht mit verschwommenen Contouren. "Kern und Kernkörperchen nicht mehr erkennbar, und erinnert vielfach nur noch ein unregelmässig geformter Pigmenthaufen an die früheren Zellen".

E. Ch. Carter (20) hat ebenfalls Zelldegenerationen gefunden. Bins. wanger, der schon in seinen früheren Veröffentlichungen die von ihm gefundenen Veränderungen ausführlich geschildert hat, weist in seinem neuesten grösseren Werke über progressive Paralyse nach, dass die Berichte über Kerntheilungsfiguren in den Ganglieuzellen auf einer irrthümlichen Deutung der Befunde beruhen. "Man findet gewiss nicht selten, besonders in der grossen (sogenannten motorischen) Ganglienzellen des Stirnhirns zwei und mehr Kerne innerhalb einer Ganglienzelle, man wird jedoch durch distincte Kernfärbungsmethoden den Nachweis liefern können, dass nur der eine dieser Kerne thatsächlich die Kriterien des Ganglienzellkernes besitzt, die anderen aber eingewanderte Leukocytenkerne sind". Auch nach diesem Forscher sind die pericellulären Räume erweitert, enthalten vereinzelte oder zahlreichere Leukocyten, daneben aber auch eigenthümliche blasse, ovoide Zellkerne, deren Herkanft er nicht aufhellen konnte. Die Veränderungen au den Ganglienzellen haben einen ausgesprochen regressiven Character. Bei längerem Bestande des Leilens ist Verminderung der Zahl der Ganglienzellen in der Grosshirnrinde, entgegen der Behauptung von Westphal und Tuczek, mittelst der Nissl'schen Methode unbestreitbar nachzuweisen.

Die angeführten pathologischen Veränderungen an den Ganglieuzellen sind ebenso wenig typisch für Dementia paralytica wie der Nervenfaserschwund. Der schwerwiegendste Grund für die überaus grosse Verschiedenartigkeit der Befunde dürfte in der Schwierigkeit der Darstellung von Ganglienzellen liegen. Bekanntlich haben alle Härtungsflüssigkeiten den Nachtheil, die Structur der Ganglienzellen zu verändern Am schädlichsten wirken nach Emminghaus (cfr. Nr. 10, S. 65) die Chromsäuresalze, welche die Eiweisskörper extrahiren; aber selbst die am wenigsten nachtheilige Methode der Härtung in Alcohol wirkt auflösend auf die Fette des Protoplasmas. Je nachdem nun derartige Schädlichkeiten eingewirkt haben, werden die Befunde variiren, abgesehen natürlich von dem Stadium der Erkrankung, in welchem sich die verschiedenen Gehirne zur Zeit der Section befunden haben.

3. Die Hirnhäute und die Neuroglia mit den eingelagerten Gefässen.

Die, schon Eingangs angedeutete, Verschiedenheit in der Auffassung des Begriffs "Entzündung" drückt den Befunden, namentlich der älteren Untersucher unsrer Krankheit, ihren Stempel auf. Dass es sich bei der Paralyse um chronische Entzündungsvorgänge handle, darin stimmen fast Alle überein. Sie beschrieben zahlreiche pathologische Vorgänge in der Neuroglia, wie: Gliazellenvermehrung, Kerntheilung, Verdichtung des Grundgewebes, vergrösserte und vermehrte Spinnenzellen, Erweiterung der pericellulären und perivasculären Räume, schollige Pigmentanhäufungen, Wand-

verdickungen der Gefässe und Veränderungen in den anliegenden Hirnhäuten und ihren Gefässen.

Bayle (cfr. Nr. 23, S. 259) characterisirte die Dementia paralytica als Arachnitis chronica. Calmeil (cfr. Nr 23, S. 249) fasste sie als Periencephalitis chronica diffusa auf, welche Ansicht Duchek (22) theilt. Nach Parchappe (cfr. Nr. 23, S. 249) handelt es sich um "Hirnerweichung". Camuset (21) sah Hyperämie, Trübung und Verwachsung der Pia mit der, hauptsächlich an den Stirnwindungen, erweichten Hirnrinde. L. Meyer (cfr. Nr. 22, S. 512) führte die Krankheit auf die pathologischen Veränderungen der Gefässe zurück. Es kommt nach ihm zu zahlreichen Kernwucherungen in den Gefässhäuten der weichen Hirnhäute und der Hirnrinde, ja sogar zu abnormer Neubildung von Capillaren. Aehnliche Befunde verzeichnet Schüle (cfr. Nr. 22, S. 512). Ich verweise hier in Betreff der älteren Litteratur auf Fischl (cfr. Nr. 7, S. 79).

Bei diesen Autoren tritt die Erkrankung der gesammten Leptomeninx in den Vordergrund.

Mendel (23) nennt die progressive Paralyse eine Encephalitis interstitialis corticalis diffusa, die ihren Ausgang in Hirnatrophie nimmt. In frischen Fällen fand er "hochgradige arterielle Hyperämie, auch die Capillaren strotzend gefüllt, in den Lymphräumen, in der Grundsubstanz zahlreiche Kerze, zum Theil wohl ausgewanderte Blutkörperchen, und in der obersten Schicht der Rinde, in der sogenannten Neurogliaschicht, eine Verdichtung des Gewebes mit zahlreichen Spinnenzellen". Die letzteren, die in der Norm meist nur unter der Oberfläche des Hirns gesehen werden, sind um das 3-4fache der normalen Dimensionen vergrössert und durchsetzen das Paralytikerhirn in der ausgedehntesten Weise im Gegensatze zu encephalitischen Herderkrankungen und syphilitischen Neubildungen, bei denen vergrösserte Spinnenzellen nur an beschränktem Orte gefunden werden.

Die Gefässwände zeigen vermehrte Kernbildung, sind aber auch nicht selten normal. Im Verlaufe des Processes sklerosiren die Gefässe zum Theil. In einem Falle zeigte die Grundsubstanz keine wesentlichen Veränderungen: Spinnenzellen, Vermehrung der Kerne sehr unerheblich. Dagegen zeigen die meist blutleeren kleinen Arterien zum Theil verengertes Lumen, zum Theil völligen Verschluss. Endarteritis obliterans in mehreren kleinen Aesten der Art. fossæ Sylvii auf beiden Seiten, die aber nicht zum vollen Verschluss der Arterien geführt hat. Die kleinen Venen dagegen prall gefüllt, in den erweiterten Adventitialräumen reichlich gelbliche, flockige Massen. In den ersten Fällen kam es durch die Hyperämie, in dem letzten durch die Anämie zu demselben Endeffect, zur Atrophie der nervösen Elemente.

Nach Wiglesworth (24) beruht die Paralyse auf einer Hyperplasie und Wucherung der Glia, Zellen und Fasern; sie stellt eine subacute Cirrhose des Gehirns dar; die nervösen Elemente leiden secundär. Schultze (25) betont chronische Meningitis mit diffuser Bindegewebshyperplasie als hervorstechenden Befund. Die Gefässe waren erheblich alterirt mit zahlreichen Rundzellen in den adventitiellen Räumen; zahlreiche Deiters'sche Zellen, Kernanhäufungen; langgestreckte dünne Kerne in den Capillarwänden; in der Form den Kernen von glatten Muskelfasern ähnlich.

Eickholt (cfr. Nr. 18, S. 433) dagegen sah an den Gefässen wenig erhebliche Veränderungen; nur die Adventitia zeigte mässige Kernwucherung. Die adventitiellen Räume enthalten wenig Pigment und Rundzellen, welche als weisse Blutkörperchen anzusehen sind. Die pericellulären Räume sind erweitert. Keine nachweisbare Vermehrung der Deiters'schen Zellen. Es handelt sich nach ihm um eine Pachymeningitis hæmorrhagica, Leptomeningitis diffusa nebst Periencephalitis.

Auch Friedmann (cfr. Nr. 4, S. 296) fand nur leichte, zerstreut liegende Gefässveränderungen in der Hirnrinde; nur in den grösseren Piagefässen waren die Wandungen ein wenig faserig verbreitert. Die von ihm gefundenen sklerotischen Verdichtungen des Gewebes gehen ausschliesslich aus dem Fasenwerk spinnenzellenähnlicher Formationen hervor. Die Spinnenzellen sind nach seiner Anschauung recht eigentlich als Fibroblasten auzusehen. Del Greco (26) constatirte als den Anfang der histologischen Hirnläsionen bei Paralytikern: Periarteriitis der kleinsten Gefässe der Pia und des Hirns mit verbreiterter nucleärer Infiltration, namentlich in den der Hirnrinde benachbarten Theilen der Pia: "Leptomeningitis fibrinosa chronica" nebst obliterirender Endarteriitis und in den unteren Gefässen Verdickung mit fettiger Entartung der tunica muscularis.

Zacher (cfr. Nr. 3) beschreibt erhebliche Gefässveränderungen mit reichlicher Wucherung zelliger Elemente in dem verdichteten Gliagewebe der Rinde, Erweiterung der pericellulären Räume, welche mehr oder weniger

reichliche Ansammlungen von zelligen Elementen enthalten.

Clouston und Savage (27) fanden Leptomeningitis mit Atrophie des Stirnhirns. Tuczek hat ebenfalls vielfach Verdickung der Neuroglia registrirt, worunter er versteht, "dass die Fasern derselben stärker und starrer, die Maschen zwischen ihnen enger werden", ferner ausserordentlich zahlreiche Spinnenzellen aller Formen und Grüssen, häufig mit Pigmenteinlagerung, die auch in den Subadventitialräumen der Gefässe sich fand. Abnormen Inhalt der pericellulären und perivasculären Räume sah er nie.

Nach Weigert (cfr. Nr. 10, S. 140) sind die Fasern nicht nur vermehrt, sondern vielfach auch dicker, die Zellen der Glia sind reichlicher und zum Theil monströse Gebilde von einer ganz colossalen Grösse.

Fischl schildert die von ihm unter Berücksichtigung aller ihm zugänglichen Färbemethoden beobachteten Veränderungen ziemlich ausführlich; deshalb will ich hier näher auf seine Befunde eingehen. Am häufigsten sah F. an den Gefässen der Pia colossale Anhäufungen von Kernen in der nächsten Umgebung der Gefässe; ferner Vergrösserung der Muskelkerne, der longitudinalen wie der transversalen. Kernanhäufungen zwischen Pia und Hirnrinde, welche theils "Haufen von oft colossalen Dimensionen bildeten, in denen Gefässlumina nicht zu entdecken waren", theils strangartig in die Hirnsubstanz selbst eindraugen, ohne den Gefässbahnen zu folgen.

Die Venen waren nach seiner Schilderung meist bedeutend dilatirt, mit rothen und weissen Blutkörperchen gefüllt. In der etwas verbreiterten Intima derselben zeigten sich unter den sehr deutlich hervortretenden Bindegewebszellen einige Exemplare derselben in fettig pigmentöser Entartung. Mitunter wird auch das Lumen der Gefässe auf ein Minimum reducirt, ohne dass Zeichen von Endarteriitis dabei bemerkbar wären. Diese Verengerungen

schienen ihm durch Druck von faserigen Massen bewirkt zu werden, welche er neben den noch restirenden Kernen fand.

Die Arterien der Pia waren durch hyaline Entartung der Media massig vergrössert; an der Intima leichte Quellung der Endothelkerne. Die Kerne der Adventitia waren ganz geschwunden oder stark reducirt. Daneben fanden sich wieder ganz normale Arterien.

Derartige hochgradige Veränderungen in der Pia bestanden zuweilen ohne Anomalie in der Hirnrinde,

In den Gefässen des Hirns constatirte er meist Kernwucherung in den erweiterten perivasculären Räumen, ferner Vermehrung der Kerne der Adventitia und schliesslich anch in der Muscularis, ohne dass eine Trennung beider sichtbar war; meistens war dann der His'sche Raum leer. Neben den Kernhaufen lagen oft fettig pigmentöse Massen in wechselnder Auch die kleinen Venen und seltst die Capillaren zeigten Kernwucherung. Oft bestanden auch Kernanhäufungen, ohne dass Gefässe in der Nähe waren. Kerntheilungsfiguren konnte er nicht entdecken. Hyaline Degeneration fand er nie, selbst wenn sie an den Gefässen der Pia vorhanden war, ebenso wenig Verkalkung, amyloide oder kolloide Degeneration. Dagegen sah er in mehreren Fällen Sklerosirung der Capillaren in der Neuroglisschicht, wobei die Gefässchen mit den Fortsätzen der Spinnenzellen in Zusammenhang standen, ein Befund, welcher dem von Friedmann ähnelt. Auch in der Grundsubstanz konnte er Kernanhäufung constatiren, die in verschiedenen Fällen ganz verschiedene Partien der Binde betraf. Spinnenzellen sah er besonders in der Neurogliaschicht sehr schön ausgeprägt, konnte aber an ihnen Kerntheilungsfiguren ebenso wenig nachweisen als an anderen Elementen der Grundsubstanz.

Wandverdickung der Arterien und Capillaren, besonders des Abschnittes vor der Centralwindung, Rundzellen und Pigment in den perivasculären Räumen, Bindegewebswucherung in der Stirnwindung, zahlreiche Spinnenzellen constatirte Greppin (cfr. Nr. 19).

Binswanger (cfr. Nr. 10, S. 177) fand in den frühen Stadien der Erkrankung noch keine wesentliche Veränderung der faserigen Antheile der Gerüstsubstanz.

Die "mesodermalen" Stützzellen (Spinnenzellen) sind bei den Frühformen in den mittleren und tieferen Rindenlagen nicht vermehrt. Auch die Zahl der sogenannten freien Zellen innerhalb des Grundgewebes ist nach B. bei Frühformen nur in geringem Maasse vermehrt, wobei er darauf hinweist, dass diese Vermehrung nicht in Folge von Proliferationsvorgängen zu Stande kommen müsse, sondern dass durch Ausfall von Gewebsbestandtheilen die dazwischen liegenden Kerne einander näher gerückt und so scheinbar in einem Gesichtsfeld vermehrtzein könnten; reparatorische Veränderungen an den Kernen innerhalb der Grundsubstanz fänden in den Frühformen uoch nicht statt. Dagegen ist schon in den Frühstadien der Erkrankung "die venöse Blutbahn überall hochgradig erweitert und prall mit rothen Blutkörperchen gefüllt. Die Gefässwand unterliegt ebenfalls schon frühzeitig regressiven Veränderungen, welche besonders die Arteriolen und Capillaren betreffen und den Character der hyalinen Degeneration besitzen. Zu gleicher Zeit spielen sich active reparatorische Vorgänge an

der Endotheladventitia der Gefässe und zwar in erster Linie an den Venen ab, welche in einer Verdickung dieser Häute und Wucherung der endothelialen Kerne bestehen".

Die intra- und extra adventialen Räume sind stark erweitert und bergen rothe und weisse Blutzellen, scholliges und feinkörniges Pigment. "In den pericellulären Räumen ist eine wesentliche Vermehrung der lymphoiden Elemente nicht zu constatiren".

Im weiteren Verlaufe der Krankheit werden die angeführten Veränderungen atärker. Es tritt deutliche Kernvermehrung in der Grundsubstanz hervor; die Spinnenzellen werden zahlreicher. Wachsthums- resp. Proliferationserscheinungen an den letzteren konnte B. nicht constatiren. Es kommt zu ausgesprochener Erkrankung der Gefässe, welche schliesslich die von den anderen Autoren angegebenen Veränderungen in einzelnen Fällen orkennen lassen.

In den drei von Homén (cfr. Nr. 13, S. 201) veröffentlichten Fällen finden sich Gefässveränderungen, welche sich über das ganze Gehirn erstrecken, wenn sie auch am meisten an der vorderen Hälfte des Gehirnes hervortreten. Sie bestehen aus sklerotischen und hyalinen Verdickungen der Wände, bisweilen auch in körnig fettigem Zerfall derselben. Ferner besteht etwas Verdickung der Neuroglia in der peripherischen Schicht der Corticalsubstanz.

Wir sehen, dass die angegebenen Befunde ein kaleidoscopisches Bild ergeben. Bald wird Pia und Arachnoidea als ergriffen bezeichnet, bald ist nur die Pia von dem Krankheitsprocess befallen. Bald ist die Pia mit der Hirurinde verwachsen, bald nicht. An den Gefässen der Pia und der Hirurinde sind alle möglichen Veränderungen constatirt worden, von der einfachen Wandverdickung bis zur Arteriitis obliterans. Die Degenerationsformen der Gefässe sind in allen Arten festgestellt worden: hyaline, fettige, colloide, amyloide Entartung, Verkalkung und Sklerosirung. Jede einzelne dieser Erkrankungen kann mit irgend einem beliebigen Entzundungsvorgange im Gehirn in Verbindung gebracht werden, ist also absolut nicht beweisend für Paralyse. In ihrer Gesammtheit geben sie erst recht kein klares Bild.

Auch in Betreff der perivasculären Räume ist ein einheitlicher Befund nicht zu constatiren. Auch ist hier die Frage der Artefakte noch eine offene. Spinnenzellenvermehrung wird fast von allen Autoren als hervorragend pathologisches Moment angeführt; doch gehen die Ansichten derselben über das normale Verhältniss auseinander. Schreibt doch Fischl (cfr. Nr. 7, S. 57): "Anlangend die Spinnenzellen ist es mir niemals gelungen, dieselben am normalen Hirn nachzuweisen, obgleich sie Boll daselbst gefunden haben will und auch Kronthal dieselben dicht unter der Oberfläche oder dicht an der Grenze der grauen und weissen Substanz beschreibt".

Auch die häufig angegebene Vermehrung der Kerne in der Neuroglia lässt sich nicht ganz mit den heutigen Befunden der normalen Anatomie der nervösen Centralorgane in Einklang bringen. Durch die neueren Untersuchungen ist zunächst die nahe Verwandtschaft der De itersschen Zellen mit den nervösen Elementen nachgewiesen, auf die schon R. Wagner 1850 hingewiesen hat. Zugleich ist ein so enormer aus den eigentlich nervösen Elementen und den Gliazellen stammender

Reichthum von Fasern nachgewiesen, dass es der Annahme einer dieselben zusammenkittenden Grundsubstanz gar nicht bedarf. Deshalb nehme ich an, dass die angedeutete Kernwucherung nur eine scheinbare und durch den Ausfall der nervösen Elemente, Nervenfasern und Nervenzellen zu Stande gekommen ist, durch welche die Gliazellen einander nur näher gerückt sind, dass es sich also nicht um eine Hyperplasie des Grundgewebes handelt. Darauf hat auch Binswanger, wenn auch in anderer Form, hingewiesen, wie ich schon oben angeführt habe.

Schluss.

Die Frage: ob bei der progressiven Paralyse die entzündlichen Erscheinungen in der Hirnrinde das Primäre und die atrophisch-degenerativen Vorgänge das Secundäre sind? oder umgekehrt? ist für die Beantwortung unserer Frage von untergeordneter Bedeutung. Für uns kommt es vor allem da rauf an, ob sich post mortem in der Hirnrinde Formveräuderungen finden, welche nur für progressive Paralyse characteristisch sind. Natürlich könnte das Vorkommen aller möglichen pathologischen Veränderungen in nur einem oder dem anderen Bestandtheile der Hirnrinde nicht genügen, sondern es müssten sich nach Art und Sitz characteristische, pathognostische Erscheinungen bestimmt nachweisen lassen. Dass dies nicht möglich ist, geht aus der Unzahl der aufgeführten auseinanderweichenden Behauptungen hervor. Der Versuch, die progressive Paralyse auf histologischem Wege zu ergründen, hat bis jetzt zu keinem sicheren Ergebnisse geführt.

Dagegen giebt uns die Aetiologie der Krankheit einen Wegweiser in anderer Richtung.

Der Syphilis wird wohl ziemlich allgemein ein hervorragender Einfluss auf die Entwicklung der dementia paralytica eingeräumt, zu welchem dann vielleicht noch der einer angeborenen paralytischen Diathese, wie sie Wilsou (29) annimmt, hinzutritt. Beide erst genannten Factoren dürften, der eine durch ihre im Blut eirculirenden Ptomaine, der andere als Toxin eine Veränderung der chemischen Zusammensetzung der Elemente der Hirnrinde herbeiführen. Natürlich können auch andere Momente als die beiden angeführten in derselben schädigenden Weise wirken. Die Veränderungen werden wohl in einer Zersetzung von Eiweissabkömmlingen in den genannten Elementen bestehen, zu deren Feststellung die Medicin die Chemie zu Hülfe nehmen muss.

Litteratur.

1. Westphal. Archiv für Psychiatrie, I, p. 80.

2. Tuczek: Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica. 1884.

3. Zacher: Ueber das Verhalten der markhaltigen Nervensasern in der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse. Archiv für Psychiatrie, XVIII, p. 62 u. 348.

4. Friedmann: Ein Fall von Ependymwucherung mit subependymärer Sklerose im Bereiche der Hirnventrikel bei einem Paralytiker. Archiv für Psychiatrie, XVI, p. 289.

- 5. Greppin: Ein Fall von progressiver Paralyse. Archiv für Psych. XVIII, p. 578.
- 6. Strumpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 7. Aufl.. IL Bd., p. 455.
- 7. Fischl: Die progressive Paralyse. Zeitschrift für Heilkunde IX p. 62.
- 8. Kéraval und Targoula: Des fibres intracorticales du cerveau dans les démences. Progrès médical, XII, Nr. 29.
- 9. Krouthal: Neurologisches Centralblatt 1887, p. 313.
- Binswanger: Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse. Jena 1893. Verlag von G. Fischer.
- 11. A. Meyer: Ueber Faserschwund in der Grosshirnrinde. Archiv für Psychiatrie, XXI, p. 197.
- 12. H. Schütze: Anatomische Untersuchungen über den Faserverlauf im centralen Höhlengrau und den Nervenfaserschwund in demselben bei der progressiven Paralyse der Irren. Archiv für Psychiatrie, XXIII, p. 527.
- 13. Homén: Eine eigenthümliche bei drei Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia, in Verbiudung mit ausgedehnten Gefässerkrankungen. Archiv für Psychiatrie XXIV, p. 191.
- 14. O. Klinke: Ueber das Verhalten der Tangentialfasern der Grosshirurinde von Idioten. Archiv für Psychiatrie XXV, p. 450.
- 15. Kostjurin: Die senilen Veränderungen der Grosshirnrinde. Wiener medicinische Jahrbücher. 1886. Heft 2.
- A. Kramer: Faserschwund nach Insolatio. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 46.
- 17. Bucelski: Ueber die in den Nervenzellen bei fortschreitender Paralyse auftretenden Veränderungen. Gaz. Lekarska Nr. 35, 36. Referat in Virchow-Hirsch's Jahresberichte 1890.
- 18. A. Eickholt: Beobachtungen über atypischen Verlauf und complicirende Herderkrankungen der Rinde bei Dementia paralytica. Archiv für Psychiatrie, XII, p. 433.
- Greppin: Ueber 26 Fälle von progressiver Paralyse bei Frauen. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 46, p. 553.
- 20. E. Ch. Carter: The relative importance of the minute histological features of the brain cortex in general paralysis. Referat in Virchow-Hirsch's Jahresberichte 1893.
- 21. M. Camuset: Un paralytique général parricid. Annal. méd. psych., X. p. 262. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresberichte 1889.
- 22. Obersteiner: Zur pathologischen Anatomie der paralytischen Geisteskrankheit. Virchow's Archiv, LII, p. 510.
- 23. Mendel: Ueber Hirnbefunde bei der progressiven Paralyse der Irren. Berliner klinische Wochenschrift 1888, p. 249.
- 24. Wigles worth: On the pathology of general paralysis. Referat in Virchow-Hirsch's Jahresberichte 1883.

25. Schultze: Ueber die Beziehungen der multiplen Sklerose des centralen Nervensystems zur allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Archiv für Psychiatrie, XI, p. 216.

26. Del Greco, Francesco: Sulle alterazioni delle pie meningi cerebrali negli alienati. Referat in Virchow-Hirsch's Jahresberichte 1891.

27. Clouston und Savage: General paralysis in twins. Journal of med. science. Referat in Virchow-Hirsch's Jahresberichte 1888.

28. Zacher: Ein Fall von progressiver Paralyse mit dem Symptomencomplexe der spastischen Spinalparalyse ohne Affection der Seitenstränge. Archiv für Psychiatrie, XIII, p. 163.

29. Wilson: Ueber paralytische Diathese. Virchow's Jahresberichte 1892,

II, p. 68.

IV. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

146) A. Mahaim: L'aphasie sensorielle.

(Journ. de neurol. et d'hypnol. 1896, Bd. I, S. 455)

Nach einer kurzen Schilderung der Entwicklung, welche die Lehre von der Aphasie (Wernicke, Kussmaul, Exner, Charcot) durchgemacht hat, giebt der Verfasser eine Analyse der Arbeit Miraillé's: De l'aphasie sensorielle (bereits besprochen in diesem Centralblatt 1896, S. 575).

147) Ziehl: Ueber einen Fall von Worttaubheit und das Lichtheim'sche Krankheitsbild der subcorticalen sensorischen Aphasie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 8, p. 258 ff.)

"Bei einem 75jährigen Manne entsteht plötzlich und ohne apoplectischen Insult, nur mit momentaner leichter Verwirrung, ein gänzlicher Verlust des Verständnisses für Sprache und Musik bei völligem Erhaltenbleiben des Gehörvermögens für Geräusch und Tone; die freie Rede zeigt paraphasische Störungen, ebensolche, aber in viel geringerem Grade, weist lautes Lesen und die Schrift auf. Irgendwelche Intelligenz- und Gedächtnisstörungen sind nicht vorhanden". So lautet der vom Versasser selbst gegebene zusammenfassende Bericht über den reinen Fall von subcorticaler sensorischer Aphasia. Jedoch einzelne nicht so auf der Hand liegende Beobachtungen (paraphasische Symptome) zeigten, dass der Fall einem Verständniss auf Grund der Lichtheim'schen und Wernicke'schen Ansichten nicht ohne Weiteres zugänglich ist. Denn durch die angenommene Unterbrechung MA nach dem Lichtheim'schen Schema erklärt sich nicht, weshalb bei dem Kranken die Paraphasie viel ausgeprägter war, als die Paragraphie; ebenso müsste die willkürliche Innervation der Wortklangbilder gestört sein, es müsste eine Störung des Wortgedächtnisses, eine Amnesie eingetreten sein, von der sich jedoch bei dem Kranken keine Spur fand. Auch das

Wernicke'sche Schema versagt bei der Erklärung des Falles bauptsächlich deshalb, weil die Paragraphie viel weniger ausgeprägt war, als die Paraphasie, wärend in dem Schema die Lautsprache die Schriftsprache vollkommen beherrscht. Hier giebt das Schema von Kussmaul, in dem die Schriftsprache selbstständiger dasteht, ein besseres Verständniss.

Die kritische Besprechung der subcorticalen sensorischen Aphasie, die den Verfasser zur Aufstellung eines Schemas über die Bahn a A Lichtheim's führt, in dem auf die Kreuzung der NN. acustici, die Rindenfelder für das Hören in beiden Schläfenlappen und das Rindenfeld für die Sprache im hinteren Theil der ersten und zweiten linken Schläfenwindung Rücksicht genommen ist, muss im Original nachgelesen werden. Daran schliesst sich noch die Casuistik und eine Besprechung der Einwände, die in neuerer Zeit gegen das Lichtheim'sche Krankheitsbild gemacht worden sind. Verfasser kommt zum Schlusse, dass dasselbe wirklich bestehe und auch mit einigen Abänderungen so gedeutet werden könne, wie es Lichtheim gethan hat.

148) Grasset: Aphasie de la main droite chez un sourd-muet. (Le Progrès méd. 1896, 44)

Kurze Mittheilung des ausserst seltenen Falles, dass ein intelligenter Taubstummer, der nicht sprechen gelernt hat, in Folge eines höchst wahrscheinlich corticalen Erweichungsherdes die Fähigkeit verliert, mit seiner rechten Hand zu sprechen. Sensorische Aphasie bestand nicht. der Kranke kounte Zeitungen lesen und verstand die Zeichensprache der Taubstummen gut, konnte dieselbe auch mit der linken Hand gut sprechen. Gleichzeitig bestand Agraphie, während er früher gut schreiben konnte. Die Intelligenz zeigt gegen früher eine Abschwächung. Die Bewegungen der rechten Hand sind nicht aufgehoben. Es bestand zwar eine eigenthümliche Incoordination derselben, die bei geschlossenen Augen zunahm, doch war eine erhebliche Functionsbeschränkung nur hinsichtlich der Schreib- und Sprachbewegungen Verfasser nimmt nun an, dass bei den Taubstummen ein Sprachcentrum für die rechte Hand im Cortex existire, welches getrennt sei von dem Centrum der oberen Extremität. Dasselbe nähert sich physiologisch und anatomisch dem Schreibcentrum, vielleicht sei es an den Fuss der 2. Lehmann (Werneck). oder 3. Stirnwindung zu localisiren.

149) Moltschanow: Ein Fall linksseitiger Hemiplegie mit Aphasie. (Aus der Nerven-Abtheilung des Herrn Privatdocenten Rossolimo, Moskau.)
(Med;zinskoje Obosrenje, T. XLVI, Nr. 24)

Es handelt sich um einen 60jährigen Bäcker; Lues vor ca. 25 Jahren; vor 10 Jahren Delirium tremens. Seit 2 Jahren mehrfache epileptoide Anfälle. Seit ca. einem Jahre eine linksseitige Hemiplegie, die sich bedeutend gebessert hat; daneben Aphasie und Worttaubheit (sehr constant geblieben). Tod an Influenza. Sectionsbefund: 2 Erweichungsherde in der rechten Hemisphäre: einer am Fusse der 3. Stirnwindung, der zweite grössere im Bereich der 1. Schläfenwindung. M. konnte in der Litteratur nur 3 Fälle von linksseitiger Hemiplegie mit Aphasie finden. (Ein Fall von Bateman

[ohne Section], ein Fall 'von Schreiber und ein Fall von Roth und Muratow mit Sectionsbefund.)

Bary (Petersburg).

150) Simerka (Prag): Sur le degré de fréquence des paralysies laryngées chez les hémiplégiques.

(Revue neurologique, Nr. 11, 1896)

Ueber die Art der Abhängigkeit der Stimmbänder von ihren corticalen Centren geben die Meinungen der Experimentatoren auseinander. Die einen (Massini) behaupten, dass jedes dieser Centren auf das Stimmband der gegentiberliegenden Seite einwirkt, nach den anderen (Krause, Semon und Horsley Brockart) beeinflusst jedes Centrum beide Stimmbänder. Auch über die Seltenheit des Vorkommens corticaler Kehlkonfmuskellähmungen differiren die Meinungen. Die Auffassung Semon's und Horsley's wurde eine Erklärung defür geben, dass laryngeale Lähmungen corticalen Ursprungs nur selten brobachtet werden; in Folge der bilateralen Innervation jedes Stimmbandes könne eine einseitige Kehlkopflähmung überhaupt nicht zu Stande kommen und eine doppelseitige nur bei Vorhanden. sein symmetrischer Läsionen in beiden Hemisphären. Die Ansicht Semon's und Horsley's wurde jedoch von Raugé auf Grund des Umstandes zurückgewiesen, dass in einer kleinen Anzahl von Fällen (mit Autopsie) Larynxhemiplegie in Folge einer umschriebenen einseitigen corticalen Läsion Raugé hält auch dafür, dass die corticalen Larynxlähmungen nicht so selten sied, als angenommen wird, da sie zumeist der Beobachtung sich entziehen, weil sie sich nur durch Stimmstörungen kundgeben, welche unter den übrigen Symptomen unbeachtet bleiben und die laryngoscopische Untersuchung bei Hemiplegischen oft sehr schwierig ist. Nach Rangé bieten die Larynxlähmungen laryngoscopisch das Bild der Fixation des der Gehirnläsion gegenüberliegenden Stimmbandes in extremer Abduction; man hat jedoch auch Fixation des Stimmbandes in der Medianlinie oder in Cadaverstellung beobachtet.

Um etwas zur Lösung der Frage nach dem Vorkommen corticaler Larynxlähmungen beizutragen, hat der Verfasser auf Pierre Marie's Anregung eine Anzahl von Hemiplegischen in dessen Abtheilung in Bicetre, insbesondere solche mit Sprachstörungen, Dysphagie oder Lähmungen des Gaumensegels in Bezug auf Kehlkopfmuskellähmungen untersucht. Von den Kranken waren 11 mit rechtsseitiger, 11 mit linksseitiger, 1 mit doppelseitiger Hemiplegie behaftet. Bei 19 von diesen Patienten liessen sich keine Bewegungsstörungen der Stimmbänder nachweisen. Bei 4 Kranken, darunter 3 rechtsseitig Hemiplegischen, fauden sich das rechte Stimmband betreffende Störungen; dieses entfernte sich während der Respiration wenig von der Medianlinie, wodurch, da das linke Stimmband eine normale Excursion machte, eine Abweichung der Spalte nach links verursacht wurde. Während der Intonation bewegte sich dasselbe gegen die Medianlinie und schob sich etwas auf die andere Seite derart, dass die Abweichung nach liuks blieb. Bei allen 4 Kranken bestanden Contracturen und Dysarthrie. S. glaubt, dass die erwähnten Störungen cerebralen bulbären oder peripheren Ursprungs sein können. Für den Fall mit linksseitiger Hemiplegie hält er einen bulbären Ursprung für wahrscheinlicher, weil in demselben auch eine

rechtsseitige Facialislähmung neben Sprach- und Schlingstörungen und Verminderung des Pharynxreflexes vorhanden war.

S. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass dieselben zu Gunsten der Auffassung Semon's und Horsley's sprechen und die Aunahme Baugé's bezüglich der Häufigkeit der Kehlkopfmuskellähmungen bei Hemiplegischen nicht gerechtfertigt ist.

L. Löwenfeld.

151) Rudolf Balint: Beiträge zur Pathogenesis der Muskelatrophie nach Hemiplegia cerebralis.

(Ungar. med. Presse, Bd 2, 1897, Nr. 12, März 21)

Die Section einer 68jährigen, seit 28 Jahren linksseitig gelähmten und hochgradig auf der gleichen Seite von Atrophie befallenen Frau — oberes Drittel des Oberarmes links 12, rechts 17 cm, mittleres 12 resp. 13, Mitte des Unterarmes 11 resp. 18,5 cm — ergab: Eine Cyste an der vorderen Hälfte des rechten Thalamus, am ganzen Nucleus caudatus und lenticularis und am grössten Gebiet der weissen Substanz des Stirn- und Schläfenlappens, gänzliches Fehlen der linksseitigen Seitenpyramide und an ihrer Stelle sklerotisches Gliagewebe, sowie vollständiges Intactsein der Nervenzellen der Vorderhörner sowohl bezüglich der Zahl, als auch der Gestalt und Structur. An ihnen war weder Degeneration, noch eine anderweitige Veränderung zu ersehen, auch die Clarke'schen Säulen waren normal. Die Nerven- und Muskelfasern der Extremitäten boten gleichfalls ein normales Bild.

Der vorstehend geschilderte Befund spricht gegen die Charcot-Steiner'sche Theorie und zu Gunsten der Auffassung, dass die cerebrale Muskelatrophie von einem höher gelegenen Gehirncentrum abhängt.

G. Buschan.

152) Michel: Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten traumatischen Spätapoplexie.

(Wiener klinische Wochenschrift 1896, 35)

Nach einer eingeherden Besprechung der Theorien der Gehirnerschütterung und der Gehirncontusionen theilt der Verfasser folgenden Fall mit: Ein 65 Jahre alter Werkführer erhält mit einer Eisenstange einen heftigen Schlag auf den Kopf. Der Verletzung folgten keine Erscheinungen von Hirnerschütterung; doch blieb der Verletzte wegen Kopfschmerzen 4 Tage von der Arbeit weg. Nach weiteren 3 Tagen bekam er plötzlich Erbrechen, stärkeren Kopfschmerz, Schwindel, Schwachsichtigkeit; bald darauf verlor er das Bewusstsein und starb am nächsten Tage. Section constatirte an der rechten Scheitelgegend eine Hautquetschung, sowie eine hochgradige Hirnblutung, welche vom rechten Hinterhanptslappen ausgehend in die Ventrikel und zwischen die Hirnhäute durchgebrochen war. Der gleiche Befund, wenn auch weniger hochgradig, war auch am linken Hinterhauptslappen vorhanden. Ausser diesen grossen Blutungsherden fanden sich nun in deren Umgebung viele kleine punktförmige Hämorrhagien. Diese Hämorrhagien hält nun der Verfasser für die erste Folge der Verletzung, von diesen aus habe sich, unterstützt durch endarteriitische Veränderungen der Gefässe, eine traumatische Erweichung und schliesslich jene hochgradige terminale Blutung entwickelt.

Es handelt sich also um eine Contusion der beiden Hinterhauptslappen, welche disseminirte Blutaustritte und endlich jene Spätblutung verursacht babe. Da trotzdem klinisch keine Erscheinungen der Hirnerschütterung vorhanden waren, so ist der Verfasser geneigt, die bei Gehirnerschütterung öfters constatirten Blutaustritte nicht als wesentliche Elemente der Gehirnerschütterung, sondern nur als begleitende Herderkrankungen (in Folge gleichzeitiger Contusion) aufznfassen und demzufolge der Theorie der Commot. cerebri den Vorzug zu geben, welche dieselbe als eine "diffuse und einheitliche, wahrscheinlich dynamische Affection des Gehirns auffasst, die das Gehirn als Ganzes betrifft und ohne jede nachweisbare anatomische Ursache zum Exitus führen kann". Die Spätblutungen sind deshalb auf Rechnung der Gehirncontusionen, nicht der Erschütterung zu stellen.

Lehmann (Werneck).

b) Peripherische und Sinnesorgane.

153) Thomas A. Kenefirk (Newport, Rhode Island): Ménière's disease — apoplectic form.

(The Medic. Record, 25. Juli 1896.)

Der Fall hietet das Besondere, dass nehen Erbrechen, Schwindel und Taubheit einige Minuten lang Gesichtstäuschungen vorhanden waren. Der im Uebrigen stets gesunde, doch geistig überarbeitete Kranke sah neben seinem Bette das schiefe Dach eines Gebäudes, auf welchem ein Glaser in grösster Eile Scheiben einsetzte, die immer wieder durchfielen. Nach stundenlanger Dauer dieser Erscheinung sah der Kranke eine in leuchtendes Both gekleidete Frau, die sich allmählich zu ungeheurer Höhe ansdehnte. Der Fall endete in vollkommener Heilung. Voigt (Oeynhausen).

154) Daniel Kaufmann (Wien): Ueber einen Fall von completer einseitiger Taubheit, aufgetreten drei Tage nach einem Fall auf das Hinterhaupt. Beitrag zur Frage der Labyrintherschütterung. (Wiener med. Blätter 1897. 1.)

Ein 13jähriger, bis dahin gesunder, nie ohrenkrank gewesener Knabe stürzte am 26. September 1896 beim Turnen auf den Hinterkopf, und zwar vorwiegend rechts. Sofort heftige Schmerzen im Kopfe, starker Schwindel, später Erbrechen, das sich in der folgenden Nacht wiederholte. Erst am dritten Tage Nachlass des Schwindels und des Erbrechens. Die Mutter bem rkte an diesem Tage plötzlich, dass der Knabe taub war, er verstand kein Wort, zeigte aber sonst keine Erscheinungen seitens des Nervensystems Am 1. October wurde im Ambulatorium von Prof. Politzer folgender Befund erhoben: Schädel rhachitisch mit hydrocephalen Ausweitungen in der Temporalgegend. Am vorderen Scheitelbein eine nach vorne bis an die Coronarnaht, median bis an die Sagittalnaht, nach aussen bis an das Taber parietale und nach hinten bis an die Lumbdanaht reichende 2-3 cm hobe, von normalen Weichtheilen bedeckte, deutlich fluctuirende schmerzlose Geschwulst. Die Zacken der Lambdanaht deutlich durchzufühlen, darüber ein dreieckiges Stück des unteren Endes des os parietale in einer Ausdehnung von über 2 cm Länge und an der Basis 1 cm Breite etwa 1 cm tief eingedrückt. Die Haut des rechten Warzenfortsatzes leicht grun verfärbt. Vom Gehirn und Nervensystem keine Erscheinungen, Puls 100, regelmässig. Kein Zucker im Urin. Pupillen gleich, mittelweit, reagiren gut, normaler Hintergrund; schon längere Zeit bestehender Nystagmus hor izontalis. Der Kranke hat nur Schallempfindungen, versteht aber laut in die Ohren gesprochene Vocale und Worte nicht. Prüfung mit Pfeife und Trompete resultatios. Vibrationen der Stimmgabel spürt er, hört jedoch weder hohe noch tiefe Töne der Luft- oder Knochenleitung. Bei offenen Augen keine Schwindelerscheinungen, wohl aber bei schnellem Umdrehen bei Augenschluss. Probepunction der Geschwulst ergab eine dünne hellrothe nicht gerinnende Flüssigkeit.

Im weiteren Verlauf blieb das linke Ohr vollkommen taub, während das rechte wieder etwas Hörvermögen erlangte. Trotz Jodkali-, Pilocarpinund Strychnincur wird nur erzielt, dass rechts auf ½ bis 2/8 Meter einzelne

Worte und Sätze verstanden werden.

Es bestand demnach bei dem Patienten eine Infraction des rechten Scheitelbeines mit Hämato-Meningocele spuria und complete beiderseitige, von leichtem Schwindel begleitete Taubheit. Es entsteht nun die Frage, wohin der Sitz des die hochgradige Hörstörung bedingenden Krankheitsherdes zu verlegen ist, und ferner, wie die Thatsache des Auftretens der Taubheit ca. 3 Tage nach dem Trauma zu erklären ist.

In dem der traumatischen Läsion zunächst gelegenen Theil des rechten Schläfe'appens kann der Herd für die beiderseitige Taubheit nicht liegen. Selbst wenn man es als Thatsache gelten liesse, dass beim Menschen jeder Schläfelappen mit beiden Ohren in Verbindung ist, fehlen ja in unserem Falle sämmtliche Symptome einer Affection des Grosshirns (Blutung, Erweichung etc.), da das Bewusstsein stets erhalten war, der Kranke gar keine intellectuellen Störungen, keine Sprachstörungen zeigte und zudem die Taubheit beiderseits complet und mit Schwindelerscheinungen combinirt war.

Gegen die Annahme des Sitzes der Erkrankung im weiteren centralen Verlaufe des Acusticus (le'ztes Drittel der hinteren Abtheilung der inneren Kapsel, Corpora geniculata interna, hintere Vierhügel, untere Schleife) spricht das Fehlen von Symptomen seitens anderer Hirnnerven (Störung der Bulbusbewegungen, Opticusaffection, Dysarthrie, Motilitätsstörungen, Facialislähmung).

Beiderseitige Krankheitsherde in der Medulla oblongata müssten doch irgendwelche Erscheinungen seitens der daselbst so nahe den Acusticus-kernen gelegenen Hypoglossus, Vagus, Trigeminus zur Folge haben; Blutungen in der Medulla gehen erfahrungsgemäss mit so schweren Symptomen einher, dass bei dem Kranken die Annahme eines Krankheitsherdes daselbst wohl leicht auszuschliessen ist.

Gegen eine hysterische Affection (traumatische Hysterie) spricht das Fehlen jedes für Hysterie characteristischen Symptomes, das beiderseitige rasche Auftreten.

Für eine beiderseitige Schädelbasisfractur bestehen keine Anhaltspunkte; wenn auch in der Litteratur Fälle verzeichnet sind, bei denen Schädelbasisfracturen ohne schwere Erscheinungen verliefen, so ist bei diesem Patienten mangels aller eine Schädelbasisfractur characterisirender Symptome,

ferner wegen der Richtung der Gewalteinwirkung, des späten Auftretens der Taubheit, der Besserung der Erscheinungen, die Diagnose einer Fractura baseos eranii sehr unwahrscheinlich.

Mau muss also den Sitz der Erkrankung in beide Labyrinthe verlegen und entweder eine traumatische Läsion der Labyrinthe, eventuell eine sogenannte Commotio labyrinthica annehmen oder eine in Folge einer Gehirnerschütterung aufgetretene Labyrinthaffection supponiren. Verfasser vermuthet das letztgenannte.

Erlenmeyer.

155) L. v. Frankl-Hochwart: Ueber Zahnextraction und Facialislähmung. (Sonderabdruck aus der Wiener klinischen Rundschau 1896, Nr. 9.)

Es werden 8 Fälle von Facialislähmung und Parese mitgetheilt, denen Zahnextractionen und Fracturen, Paruliden etc. vorausgegangen waren. Da alle sonstigen ätiologischen Schädlichkeiten nach Möglichkeit ausgeschlossen sind, so wird darauf hingewiesen, dass in den beschriebenen Fällen vielleicht ein directer ursächlicher Zusammenhang vorliege. Die Lähmung oder Parese sei dann als toxische (besonders Diplococcen-) Wirkung aufzufassen. Eine gewisse besondere Disposition müsse dabei angenommen werden.

Jentsch.

156) L. E. Bregmann (Warschau): Ueber Diplegia facialis. (Neurolog. Centralblatt 1896, Nr. 6.)

B. bespricht an der Hand der Litteratur die verschiedenen Formen der Diplegia facialis, betont die Schwierigkeiten, in gewissen Fällen Ursache und Sitz derselben zu bestimmen und führt zur Illustration einige selbst beobachtete Fälle an.

Der erste derselben betrifft einen Fall von Läsion des N. facialis oberhalb des Ganglion geniculi bei einem Phthisiker in Folge von Basalmeningitis, die binnen 3 Wochen zu Tode führte. In den letzten Tagen stellte sich eine Parese des linken Facialis (in allen Aesten) ein, welche bald in vollständige Lähmung überging, während eine Lähmung der Gaumenmuskulatur fehlte. Der linke N. facialis war an der Basis in eine plastische Masse vollständig eingebettet.

Der zweite Fall, ein Beispiel für eine peripherische Facialislähmung, bei dem wahrscheinlich in Folge von Erkältung eine rechtsseitige Gesichtslähmung mit vorangehenden und fortdauernden neuralgischen Schmerzeu und Parästhesien im Gebiete beider Trigemini, Occipitalis und des rechten Plexus cervico-brachialis neben geringer Schwäche des rechten Armes auftrat, führte 14 Tage später eine Lähmung der linken Gesichtshälfte herbei und es traten nun auch in den unteren Extremitäten Parästhesien und leichte motorische Schwäche auf. Während die übrigen Erscheinungen bald schwanden, blieb die rechtsseitige Facialislähmung bestehen und hatte sich nach 2 Monaten noch wenig gebessert. — B. verlegt den Sitz der Affection nach dem Erb'schen Schema rechts an die Abgangsstelle des N. stapedius, links in die Nähe der Abgangsstelle der Chorda tympani. Die Schmerzen und die Schwäche der Extremitäten lassen sich nur durch eine Mitbetheiligung der sensiblen Gesichtsnerven und der motorischen Extremitätennerven erklären. Es würde sich also um einen Fall von absteigender und Can

Intensität in derselben Richtung abnehmender Polyneuritis mit vorzugsweiser Betheiligung der Gesichtsnerven handeln.

Hoppe.

167) Seeligmann: Zur Kenntniss der halbseitigen. durch Tumoren an der Schädelbasis verursachten Hirnnervenlähmungen.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, p. 438 ff.)

Verfasser theilt 2 einschlägige Fälle mit, von denen der erste in Folge eines Carcinoms an der Schädelbasis eine Lähmung der linken V., VII., VIII. und in geringerem Grade der IX. und XII. Hirnnerven zeigten (Obduction). Bei dem zweiten Falle sind alle Hirnnerven links gelähmt, mit Ausnahme des I. Klinisch bieten die Fälle nichts Atypisches. Eine sorgfältige Litteraturusammenstellung füllt die Arbeit. Verfasser mahnt, in Fällen von multipler Hirnnervenlähmung möglichst genau allgemein zu untersuchen, Nase, Rachen etc. nicht zu übersehen, um die Diagnose möglichst frühzeitig stellen zu können.

Dauber-Würzburg.

158) Pick und Friedel: Zur Diagnostik der Sympathicuslähmung. (Prager med. Wochenschrift 1893, Bd. 21, Nr. 48.)

31jähriger Patient, der die Anzeichen eines wahrscheinlich von der Thymusdruse ausgehenden Mediastinaltumors (Klagen über Brustschmerzen und Athemnoth, ausgebreitete Dämpfung in den mittleren und rechtsseitigen Partien der vorderen und hinteren Thoraxfläche, eine ca. wallnusagrosse, harte, höckerige Prominenz in der Gegend der Ansatzstelle des 5. und 6. rechten Rippenknorpels, dazu eine gewisse Gedunsenheit des Kopfes und Halses, Cyanose der Lippen und über fingerdicke Venen an den vorderen Thorax- und Bauchpartien) bot, zeigte bezüglich der Augen folgendes Verhalten: die linke Pupille war sehr weit, ca. 8 mm im Durchmesser, die rechte dagegen viel enger, ca. 2-3 mm Durchmesser; ebenso erschien die linke Lidspalte bedeutend weiter als die rechte und der Bulbus dieser Seite stärker prominent als der der anderen. Es lag somit die Vermuthung sehr nahe, dass die linke Seite die pathologische wäre und dass, zumal in der entsprechenden Supraclaviculargrube eine haselnussgrosse, harte Lymphdruse sich feststellen liess, die genannten Erscheinungen als Sympathicusreizung links aufzufassen seien. Mit der Zeit wurde der oben erhobene Befund noch viel auffälliger; bei der Prüfung der Papillenreaction stellte sich aber heraus, dass beide Pupillen, namentlich die linke, auf Lichteinfall sehr prompt reagirten. Diese Thatsache liess sich nicht gut mit der Annahme einer Sympathicusreizung in Einklang bringen. Eine solche hätte doch unbedingt Krampf des Dilatator pupillæ linkerseits zur Folge haben müssen; hierdurch wäre weiter die Reactionsfähigkeit der Pupille auf Lichtreiz aufgehoben worden. Verfasser sah sich dadurch veranlasst, die Diagnose auf Lähmung des rechten Halssympathicus, beruhend auf Läsion durch ein intrathoracales Neoplasma zu stellen. Die Section bestätigte diese Voraussetzung: der linke Sympathicus wa vollständig intact, an Stelle des rechten Ganglion cervicale infimum fand sich eine Neubildung, die vom oberen Rande des 7. Halswirbels bis zum 4. Brustwirbel den Sympathicas zerstört hatte.

Der vorliegende Fall zeigt, wie schwierig mitunter die Entscheidung zwischen Reizung und Lähmung des Sympathicus sein kann. — Die starke Stanung durch Verlegung der Vena cava hatte die Bulbi, besonders den linken, stark prominent erscheinen lassen. Die starke Aufgedunsenheit des Gesichtes hatte ansserdem die bekannten vasomotorischen Erscheinungen im Gesicht nicht deutlich genug hervortreten lassen. Buschan.

159) Destot: Paralyse des Nervus ulnaris in Folge von Compression. (Vortrag in der Société médicale de Lyon)

(Wiener klinische Wochenschrift 1897. 1.)

Die Beobachtung hat Verfasser an sich selber gemacht. Compression des Nervus ulnaris zwischen as pisiforme und der Lenkstange des Bicycles. Es kam zu Parästhesien im 4. und 5. Finger, Parese und deutlicher Atrophie des Interossei, Lumbricales und des Adductor pollicis. Diese Compression, die leicht zu Stande kommt, wird unterstützt durch die Vibrationen des Bades auf schlechten Strassen, sowie dadurch, dass in Folge von Ueberaustrengung die kleinen Handmuskeln nicht mehr zur Contraction gelangen und somit die unter ihnen liegenden tiefen Nervenäste dem Drucke völlig preisgeben. Bei den jetzt mehr gebräuchlichen nach hinten abgebogenen Lenkstangen kommen diese Erscheinunpen häufiger und leichter zu Stande als bei den früheren geraden.

Simpson in New-York hat (New-York medical Journal 1896, April) einen ganz analogen Fall bei einem jungen, nicht trainirten Fahrer nach längerer Tour beschrieben.

Erlen meyer.

160) von Kornilow: Polymyositis primaria acuta.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 9, S. 119 ff.)

Die Erkrankung betraf einen 31jährigen Mann, der in Beobachtung kam mit den Erscheinungen einer subacuten Nephritis mit starken Oedemen und viel Eiweiss im Urin. Daran schloss sich eine Pleuritis und Peri carditis und daran allmähliche Besserung, bis nach einmonatlichem Kranken lager plötzlich wieder Temperatursteigerung begleitet von starken Schmerzen im Leibe eintrat. Die Oedeme der unteren Extremitäten nahmen dabei wieder zu und es traten auch solche der oberen Extremitäten ein. Dabei bestand immer etwas erhöhte Temperatur und es machte sich eine aus. geprägte Schwäche der Extremitäten bemerkbar. Diese wurde rasch stärker, nachdem 3 Wochen nach der Verschlimmerung eine colossale Urinmenge (5700 gegen 2000 früher) eingetreten war, welcher nach 2 Tagen eine fast complete Lähmung der Beine und Arme folgte. Dabei bestanden keine spontanen Schmerzen, aber sicher eine Druckempfindlichkeit der Muskeln und vielleicht eine solche der Nervenstämme. Sensibilität, Blase und Mastdarm waren und blieben normal. Bei der electrischen Untersuchung zeigten alle Muskeln E R: Fehlen der faradischen Erregbarkeit und starke Verminderung der galvanischen mit träger Zuckung und Umkehrung des Zuckungsgesetzes. Dieser Zustand besserte sich wieder etwas, objectiv und subjectiv, in einigen Muskeln kehrt die faradische und galvanische Erregbarkeit wieder fast zur Norm zurück, in anderen nicht (besonders in den grossen dem Rumpf näher gelegenen nicht). Diese letzteren verfielen der

Digitized by GOOGLE

Atrophie. Die Sehnenreflexe verschwanden allmählich entsprechend dem progressiven Processe. Bei der Obduction ergab sich chronische parenchymatöse Nephritis und Pericarditis. Bei der macro- und microscopischen Untersuchung ergaben sich keinerlei wesentliche Veränderungen, weder im centralen noch im peripheren Nervensystem. Doch die Muskeln - und nur sie allein - wiesen colossale Veränderungen auf in Gestalt einer sehr starken Myositis mit Veränderungen sowohl im Parenchym als in den Interstitien. Die Veränderungen des Parenchyms bestanden hauptsächlich in Vacuolisation der Fasern, in trüber Schwellung und Atrophie derselben; die der Interstitien in kleinzelliger Infiltration und Wucherung des lockeren Bindegewebes.

Obwohl im vorliegenden Falle die Miterkrankung der Hautdecken, wie in dem Schultze'schen Falle von Dermatomyositis, absolut fehlt, obwohl die Haut durch die ödematöse, nicht entzundliche Schwellung nur secundär in den Process hereingezogen war, so zählt Verfasser den Fall doch denen von Schultze und Strümpell zu, indem er die Landry'sche Paralyse ausschliesst.

Die Thatsache, dass unter dem augenscheinlichen Einflusse eines toxischen Agens E R eintrat bei intactem Nervensystem, verändert die Bedeutung der E R, welcher Anfangs so grosse Wichtigkeit beigemessen wurde als Beleg für den neurotischen Character der Muskelatrophie. Die röhrenförmige Entartung (Vacuolisation) der Muskelfasern ist hier sicher kein Kunstproduct. Von der Polyneuritis muss dieser Process getrennt werden.

Dass in der Nephritis das ätiologische Moment zum Ausdruck kam. geht aus der starken Diurese hervor, die die Verschlechterung einleitete. Dieses atiologische Moment ist nach der Ansicht des Referenten vielleicht in dem Darmeatarrh zu suchen, analog manche sicher beobachteten Formen von perniciöser Anämie und es wären sonach die Nephritis und die Muskelerkrankung zwei auf derselben Aetiologie beruhende, neben einander hergehende Processe. Leider sind keine genauen Urinuntersuchungen gemacht und energische und desinficirende Laxantien nicht zur Anwendung Dauber (Würzburg).

161) Theodor Diller: Progressive muscular atrophy of sudden onset. (Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, S. 556.)

gekommen.

48jähriger bis dahin gesunder Mann sah während seiner Arbeit eine Anschwellung des rechten Handrückens entstehen, die im Verlaufe von 3 Tagen wieder verschwand und während dieser Zeit keine Röthe gezeigt hatte. Den nächsten Tag nach dem Beginne der Schwellung verspürte er eine deutliche Schwäche in der geschwollenen Hand und im rechten Arm, die ziemlich gleichmässig sechs Monate anhielt. Indessen wenige Tage nach dem Auftreten der Lähmung begann sich eine Atrophie in den ergriffenen Muskeln bemerkbar zu machen. Schliesslich wurde die ganze Extremität von der Abmagerung ergriffen. Schmerzen oder sonstige sensorische Störungen bestanden niemals. 20 Monate nach dem Einsetzen des Leidens begannen sich Atrophie und Schwäche der linken Oberextremität einzustellen und fortschreitend die gleichen Muskeln wie am anderen Arm

Digitized by GOOGLE

zu ergreisen. Während der Anfang in diesem ein ganz plötzlicher war, war er in dem linken ein ganz gradueller. — Zwei Jahre war der Kranke abwesend; während dieser Zeit machte das Leiden stetig Fortschritte. Daranf kam er für 6 Monate unter des Verfassers Behandlung und sein Zustand blieb stationär Verfasser schreibt dieses den hohen Strychnindosen zu, die er ihm verordnete. Buschan.

162) Hirsch (New-York): Paræsthesia of the external cutaneous nerve. (Journ. of nerv. and ment. dis. 896, Nr. S, S. 193.)

Kurzer Bericht über einen Fall von Parästhesie ("burning cold") im Verlaufe des N. cutaneus externus sinister. Sonstige Veränderungen liessen sich nicht finden. — Aetiologisch ist von Interesse, dass der betreffende Kranke zwar Luetiker und Alcoholiker war, dass sich die Parästhesie indessen einstellte, als Patient gelegentlich eines Schiffbruches mit seinem linken Beine eine beträchtliche Last während einer Stunde zu tragen hatte.

Buschan.

163) Robert Boyd (Grand Cayman, British West Indies): Neuralgia of the penis.

(The Medical Record, 8. August 896.)

Ein 26jähriger nervöser, zeitweise au heftigen Kopfschmerzen leidender sonst in jeder Beziehung gesunder Mann erkrankte an heftigen, blitzähnlichen fast alle halbe Stunde des Tages und der Nacht wiederkehrenden Schmerzen die von der Peniswurzel durch die rechte Seite desselben bis zum Glans verliesen, jedesmal etwa eine Minute anhielten und am hestigsten während einer Erection waren. Während ein ähnlicher, nur milderer Anfall, von dem der Kranke ein Jahr zuvor beimgesucht wurde, von selbst verschwand, wurde dieser zweite durch Bromeampher, Bromnatrium und Morphium innerhalb 4 Tagen beseitigt. Versasser hält diese allerdings seltene, doch schon von Erb und Anderen beschriebene Form der Neuralgie für eine neue Krankheit.

164) Barker: Ueber einen Fall von einseitiger, umschriebener und electiver sensibler Lähmung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 18, pg. 348 ff.)

Seit 9 - 10 Jahren bemerkt der 28 jährige Verfasser zuweilen, besonders bei Ermüdung, entlang der inneren Seite des linken Arms ausstrahlende Schmerzen, Gefühl von Taubheit und Kriebeln. Bei Ruhelage oder Hochlagerung des Arms verschwinden dieselben rasch. Die genaue Untersuchung am Vorderarm ergab eine Anästhesie für Kälte und Wärme und für die Tastempfindung, wogegen die Schmerzempfindung nur geringgradig gestört war. Das anästhetische Gebiet verläuft an der Beugeseite des Unterarms scharf und regelmässig fast genau in der Mitte zwischen radialer und ulnarer Seite, auf der Streckseite unregelmässig, indem die anästhetische Seite mit tiefen Buchten in das normale Gebiet hineingreift und der Uebergang ein allmählicher ist.

Als Ursache nimmt Verfasser eine Druckwirkung durch eine an dem letzten Halswirbel links sitzende Halsrippe, also peripheren Character der Affection an. Dass die motorische Function des Arms gar nicht geschädigt

ist, hat wahrscheinlich darin seinen Grund, dass am Orte der Störung die sensiblen Bahnen bereits in Rücksicht auf ihre periphere Vertheilung geordnet sein müssen. Dass die Schmerzleitung nur so gering afficirt ist, kann man als eine der Variationen auffassen, welche in der electiven Schädigung peripherer Nerven möglich sind; es wären also die den Schmerz leitenden Fasern zum grössten Theile erhalten, die übrigen zum grössten Theile oder für einige Hautbezirke vollständig geschwunden. Jedenfalls scheint diese Annahme natürlicher zu sein als die andere, dass zwar die Nerven erhalten sind, ihre Erregung aber nur noch schmerzhaft empfunden werden sollte.

(Es ist dieser Fall interessant für die Beurtheilung der Ausicht, dass der Schmerz dadurch entstehe, dass ein Reiz, der die Haut trifft, nicht allein in der Bahn des getroffenen Nervenendes bleibe, sondern durch die vielen Associationsfasern im Rückenmark auf die nächste Umgebung über springe und so durch Summation der Reizwirkungen zum Schmerz werde, dess der Schmerz also eine gesteigerte Tastempfindung sei. Dieser Hypothese widerspricht der vorliegende Befund: wenn man nicht annehmen will, dass im vorliegen len Fa'l nur Tastempfindungen zum Bewusstsein kommen, die so stark sind, dess ie eine Schmerzempfindung auslösen. Bef.)

Dau ber (Würzburg).

165) Carl Kunn: Die angeborenen Beweglichkeitslefecte der Augen. (Aus der I k. k. medicinischen Klinik des Herrn Hofrathes Nothnagel in Wien.)

(Beiträge zur Augenheilkunde. XIX Bd. II, S. 711.)

Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über die Gründe und Ziele der vorliegenden 137 Seiten langen Abhandlung folgt der casuistische Theil

A. Angeborene Beweglichkeitsdefecte der Augen.

Die hier in chronologischer Ordnung folgenden ausführlichen Krankengeschichten sind bis auf einzelne wenige sämmtlich den Originalarbeiten entnommen, um das Verständniss der ganzen Lehre zu fördern. Es wurde absichtlich vermieden, die Fälle nach der Art der Defecte, die als Lähmung bestimmter Muskeln in Erscheinung treten, zu gruppiren, weil nach des Autors Standpunkt eine solche Gruppirung der sachlichen Begründung entbehrt. Die aufgestellten Theorien sind eingehend besprochen. — Die Casuistik umfasst 68 in der Litteratur volliegende Fälle und bringt 7 neue eigene Beobachtungen.

B. Angeborene Defecte der Gesichtsmuskulatur.

Die angeborenen Defecte im Gebiete de Gesichtsmuskulatur, welche nach Ansicht Kunn's ganz mit Unrecht als Facialislähmungen bezeichnet werden, erscheinen dem Autor besonders wichtig, weil sie ein Licht werfen auf die Pathogenese der Defecte im Gebiete der Augenbewegungen Das, was wir hier vermuthen und nach spärlichen Sections- und Operationsbefunden voraussetzen, sehen wir dort klar vor uns und die Gleichartigkeit der Erscheinungen und ihres klinischen Verlaufes gestatten uns wohl, von dem letzteren auf die ersteren zurückzuschliessen. Wir sehen hier völliges

Fehlen oder mangelhaste Entwicklung einzelner Muskelt oder der gesammten Moskulatur einer oder beider Seiten des Gesichtes. Die Defecte halten sich keineswegs, worauf K. ausdrücklich aufmerksam macht, an das Ausbreitungsgebiet eines Nerven, es kann nicht nur die Muskulatur, sondern es können auch die Knochen defect sein, eine Reihe von Symptomen, die bei den erworbenen Facialislähmungen vorkommen können (fibrilläre Zuckungen, gesteigerte Reflexerregbarkeit etc.), fehlen diesen sogenannten Lähmungen. Auch hier sehen wir das Freibleiben einzelner Muskeln inmitten einer gelähmten Gruppe, auch hier sehen wir alle die verschiedenen Grade functioneller I'efecte mit völlig stationärem Character, sowie die congenitalen Anomalien der Sinnesnerven als Complication. Nach diesen Analogien müsste man diese Processe als ein einheitliches klinisches Bild auffassen. Da die nicht durch Augenmuskeldefecte complicirten sogenannten angeborenen Facialislähmungen selten sind, erwähnt K. die bekannten Fälle und vermehrt die Casnistik durch eine eigene genau beschriebene Beobachtung.

Nach der Zusammenstellung und Kritik des casuistischen Materiales wendet sich K. in einem sogenannten theoretisch-kritischen Theile jenen Arbeiten zu, die sich mit der Pathologie der angeborenen Beweglichkeitsdefecte beschäftigt und den Versuch einer theoretischen Erklärung geliefert haben. - Zunächst werden die anatomischen Daten zusammengestellt, die von Bedeutung erachtet werden. Es erhellt aus dieser Zusammenstellung, dess die anatomischen Kenntnisse, die wir zur Erklärung der congenitalen Lähmungen heranziehen können, äusserst spärlich sind. Es kann kurz zusammenfassend gesagt werden, dass sich Verhältnisse an den Muskeln fanden, welche den Beweglichkeitsdefect erklären konnten, dass aber in anderen Fällen eine solche Erklärung aus dem anatomischen Befunde un-Es ist bekannt, dass alle möglichen Grade von Untermöglich war entwicklung bis zum völligen Fehlen der betreffenden Gebilde sowohl an den Nerven als an den Muskeln vorkommen können und wir wissen endlich. dass ein scheinbar normaler Muskelapparat sich bei Defecten in der Beweg-Daraus zieht K. den Schluss, dass die anatowisch lichkeit finden kann. nachweisbaren Veränderungen im Bewegungsapgarat nicht geeignet sind. den Zustand zu erklären, und selbst einer anderen Deutung bedürfen als derjenigen, welche sie als die veranlassenden Momente hinzustellen wünscht - Nun wendet sich K. der Besprechung der wichtigsten Arbeit auf diesem Gebiete, nämlich Möbins' Schrift "Ueber infantilen Kernschwund". *) Dieser Abschnitt muss im Original nachgelesen werden, da eine kurze referirende Wiedergabe nur schwer möglich ist. Nach des Keferenten bereits früher geäusserten Ausicht bekämpft K. mit Recht und mit Glück manche Ausführungen von Möbius. Nach Kunn 's Ansicht ist es nicht angängig, die angeborenen exterioren Augenmuskellähmungen und jene, die nach der Geburt entstehend unmerklich einsetzen, langsam fortschreiten und schliesslich scheinbar stationär bleiben, bei welchen auch anderweitige als atiologische Momente verwerthbare Krankheitserscheinungen fehlen, als klinische und pathologische Einheit zu betrachten, es seien vielmehr diese beiden Gruppen vollständig von einander zu trennen. - An die

^{*)} Münchener medicinische Wochenschrift 1891. Nr. 2, 8, 4, 18.

Besprechung und Kritik der Arbeit von Möbius schliesst K. die einer anderen bezüglichen wichtigen Arbeit von Siemerling*) an. Siemerling hatte Gelegenheit, des Oculomotoriusgebiet, den Oculomotorius se'bst und die Augenmuskeln bei einem ad exitum gekommenen Paralytiker zu untersuchen, der eine angeborene einseitige Ptosis hatte. — Die beschriebenen Veränderungen (siehe hierüber das Original) passen nach K.'s Ansicht für eine congenitale Affection gar nicht.

In einem weiteren Abschnitt zieht Kunn die Schlüsse, welche sich seiner Ansicht nach für die Physiologie des Sehactes aus der Betrachtung der congenitalen Beweglichkeitsdefecte an den Augen ergeben.

Der bingculare Schact ist die Folge einer Erfahrung, er ist demnach etwas Erlerntes. Er kommt dadurch zu Stande, dass das Kind die Wahrnehmung macht, dass es bei symmetrischer Einstellung beider Maculæ luteæ auf ein Object die weiteste Vorstellung von dem Object erhält. Unbewasst lernt es demnach seine Augenmuskeln so zu meistern, dass sie stets dieses functionell beste Resultat herbeizaführen trachten, geradeso, wie die Association der Muskeln an der Hand das Ergreifen eines Gegenstandes ermöglichen und nach und nach für einen bestimmten Zweck eine typische Vereinigung der Thätigkeit verschiedener Muskelgruppen entsteht, deren Treunung für das Individuum mit Schwierigkeiten verbunden ist. Nach einigen Jahren - die Erfahrung lehrt uns, dass dies zwischen dem 4.-6 Lebensjahre der Fall ist - ist der auf diese Weise erlernte binoculare Sehact zu einer ständigen Function des Organismus geworden. Tritt nun um diese Zeit, also nach dem 6. Lebensjahre, eine Störung des Muskelgleichgewichts, sei es durch die Entwicklung des Strabismus concomitans oder einer Lähmung ein, so tritt unausweislich Doppeltsehen auf, welches das ganze Leben lang persistirt. Findet aber der Eintritt der Muskelanomalie früher statt, so kann kein Doppeltsehen constatirt werden. Der binoculare Schact scheint im Bewusstsein noch nicht genug festen Boden gefasst zu haben. Das binoculare Sehen zerfällt, wenn es überhaupt je bestanden hat, in das monoculare Sehen beider Augen und der betreffende Mensch verarbeitet dann die Gesichtseindrücke psychisch geradeso wie ein Thier mit völlig seitlich stehenden Augen, welches ja gewiss mit beiden Augen gleichzeitig, aber mit jedem Auge ein anderes Object sieht. Die Tiefenwahrnehmung solcher Individuen ist dann eben nur auf jene Factoren angewiesen, welche auch beim binocularen Sehact ihr Zustandekommen fördert. Sie fehlt keineswegs, obwohl sie bedeutend an Pracision einbusst. Eine Durchsicht der Casuistik bestätigt diese theoretischen Auseinandersetzungen. — Da die meisten Fälle mangelhaft untersucht sind, äussert sich K. über die nothwendige Art und Weise der Untersuchung. Aus den wenigen genau untersuchten Fallen könne man aber die Thatsachen ableiten, welche für alle gemeinsam gelten mussen. 1. In allen Fällen, in welchen kein Parallelismus der Blicklinien im Zustande der Ruhe besteht, kann auch kein binocularer Sehact bestehen. 2. Wenn Parallelismus der Sehlinien vorhanden ist, so hängt der Bestand des Sehactes davon ab, ob die Convergenz erhalten ist oder nicht. ersteren Falle können wir mit Sicherheit annehmen, dass der binoculare

^{*)} Archiv für Paychiatrie und Nervenheilkunde 1892, 23. Bd. p. 764.

Sehact vorhanden ist. Um Doppeltsehen zu vermeiden, drehen diese Patieuten den Konf.

Im letzten Abschnitte seiner Abhandlung äussert sich Kunn nochmals zusammenfassend über alle jene Momente, welche ihn dazu veranlassen, die congenitalen Beweglichkeitsdefecte als eine (Iruppe sui generis aufzufassen. Es ist hiertber das Original nachzulesen und ich will nur einige Punkte kurz heransgreifen: Bei den congenitalen Beweglichkeitsdefecten ist eine der auffallendsten Erscheinungen das Erhaltensein der Convergenz hei aufgehobener Seitenwendung. Diese Erscheinung kommt bei sicher erworbenen Lähmungen nicht vor. Damit ist auch der Beweis geliefert, dass es sich nicht um eine Anomalie der Muskeln selbst in solchen Fällen handeln kann. - Die Bulbi können bei den congenitalen Lähmungen die allerverschiedensten Stellungen in der Orbita einnehmen; es kommt hierbei Muskellähmung und gleichzeitig Parallelismus der Sehlinien im Zustande der Ruhe vor. ein Symptom, das man bei einer erworbenen Lähmung einzelner Muskeln niemals beobachten kann. - Es finden sich combinirt mit dieser Anomalie andere Missbildungen, welche ganz characteristisch sind und von denen bei erworbener Ophthalmoplegie nirgends Erwähnung geschieht. Kunn rechnet hierher besonders die Beobachtung von Schwimmbäuten, das Fehlen der Caruncula lacrymalis, auffallend grosse, abstehende Ohrmuscheln und geringe Entwicklung der Nasenflügel, die schlechte Entwicklung der vom Facialis versorgten Muskulatur. Anomalien in der Bewegung der Lider und sogen. Mitbewegungen, mangelhafte geistige Entwicklung, angeborene Amblyopie ohne nachweisbare Ursache. - Die Erblichkeit des Leidens ist in einer beträchtlichen Zahl von Fällen constatirt. -- In der letzten Zeit ist von Leonowa*) noch ein Befund veröffentlicht worden, der geeignet ist, Kunn's Anschauungen zu stützen, der auch dem Referenten ausserordentlich wichtig erscheint, so dass er etwas ausführlicher referirt werden soll. "Acht Monate alter Fötus mit Anencephalie und Amyelie. Das Nervensystem besteht aus Spinalganglien, den sympathischen Ganglien und der Retina, sowie den daraus entspringenden Nerven. Die Nervenfasern zeigen eine Markscheide, die Retina entbehrt der Ganglienzellen sowie der Nerven. fasern, letztere fehlen auch im Sehnerven. Die quergestreifte Muskulatur des Körpers ist normal entwickelt." - Diese Beobachtung zeigt neuerdings: 1. dass die Entwicklung des sensiblen Nervensystems von der Entwicklung des Medullarrohres unabhängig ist, 2. dass die sensiblen Nerven von den Spinalganglien ausgehen. Besonders aber hervorzuheben ist, dass die quergestreifte Muskulatur des Körpers von Veränderungen frei war, obwohl das Rückenmark vollständig fehlte. Eigens erwähnt sei, dass auch die Augenmuskeln völlig normal waren. Eine zweite Beobachtung von Leonowa ergiebt im Wesentlichen dasselbe.

Leonowa: Die Sinnesosgane und die Ganglien bei Anencephalie und Amyelie.

Neurologisches Centralblatt 1894, Nr. 20. Referat

^{*)} Leonowa: Zur pathologischen Entwicklung des Centralnervensystems (Ein Fall von Anencephalie, eombinirt mit totaler Amyelie). Neurologisches Centralblatt 1893, Nr. 7, 8 und Extrait du Bulletin de la Société impériale dos naturalistes de Moscou 1893, Nr. 2, 8.

Diese Beobachtungen stossen alles um, was bisher gelehrt wurde und bestätigen Kunn's Annahme von der von einander unabhängigen Entwick. lung der einzelnen Theile des ganzen Bewegungsapparates auf das Beste. Freilich, wenn die Organe einmal einen gewissen Grad der Entwicklung erlangt haben, dann treten sie zu einander in ein enges Abhängigkeits. verhältniss. Wenn eine intrauterine Amputation stattfindet, dann degeneriren die betreffenden centralen, nervösen Organe secundär oder, wenn diese erkranken und zu Grunde gehen, dann degeneriren die Muskeln an der entsprechenden Extremität. Wie aber, wenn die centralen Theile gar nicht angelegt werden oder die peripheren nicht zur Entwicklung gelangen? Dann ist dieses Abhängigkeitsverhältniss eine durch nichts bewiesene Annahme, zu der die Thatsachen im Widerspruch stehen. Die Abhängigkeit der einzelnen Organe oder Organtheile von einander wird erst durch die Function geschaffen. - Am Schlusse der Abhandlung finden wir eine Tabelle über die ganze Casuistik. Bach.

166) Carl Kunn: Casnistische Beiträge zur Lehre von den angeborenen Beweglichkeitsdefecten der Augen.

(Beiträge zur Augenheilkunde XXI Heft, October 1895. S. 21)

Kunn ergänzt zunächst die Casuistik, welche in der vorhergehenden Arbeit niedergelegt ist und bringt noch 4 weitere eigene Beobachtungen von angeborenen Beweglichkeitsdefecten der Augen nebst Bemerkungen zur Untersuchung solcher Fälle.

Bach.

167) Carl Kunn: Ueber Augenmuskels örungen bei der multiplen Sklerose. (Beiträge zur Augenheilkunde, XXIII. S. 65 (233), 18 %).

Kunn beschreibt und analysirt in dieser Abhandlung eine Reihe von Bewegungsstörungen der exterioren und interioren Augenmuskeln, die nicht nur die Symptomatologie der multiplen Sklerose erweitern, sondern auch für die Physiologie des Sehactes und der Bewegung der Augen von Wichtigkeit sind. Zunächst beschreibt er des Näheren ein Symptom, das er als Einstellungszittern bezeichnet und in welchem er ein diagnostisches Hilfsmittel erblickt. Es wird characterisirt durch das Fehlen jedweder Zuckungen beim ruhigen Blick iu die Ferne, erst bei der Fixation eines nahen Objectes treten vorübergehende Zuckungen auf. - Fernerhin beobachtete Kunn bei mehreren Fällen von multipler Sklerose das Auftreten eines Strabismus concomitans. Die Beschreibung des Auftretens und die Erklärung siehe im Original. - Weiterhin konnte K. bei einigen Patienten, die gleiche Pupillenweite hatten, p'ötzliches Auftreten von Anisokorie feststellen, manchmal zeigte sich eine ganz ausserordentliche Unruhe der Pupillen bei Fixation eines und desselbeu in einer bestimmten Entfernung placirten Objectes. K. denkt hierbei an zitternde Bewegungen des Ciliarmuskels als ätjologisches Moment und geht näher auf die Erklärung und Begründung ein. Zum Schlusse folgt im Hinblick auf die vorausgeschickten theoretischen Bemerkungen die Besprechung von 7 Fällen von multipler Sklerose.

Bach.



2. Therapie.

168) Hirschberg: Traitement de l'ataxie dans le tabes dorsalis par la rééducation des mouvements (méthode de Frenkel).

(Arch. de Neurol. 1896, II, 9 u. 11.)

Hirschberg bezeichnet als "méthode de rééducation des mouvements" die von Frenkel für die Behandlung der Ataxie bei Tabes angegebene "compensatorische Uebungstherapie". Er bezweckt mit seiner Arbeit, von Neuem auf diese Methode aufmerksam zu machen, durch die er in allen von ihm beobachteten (9) Fällen, deren Krankengeschichte aussührlich mitgetheilt wird, wesentliche Besserung bezw. völliges Verschwinden dieses Symptoms erreicht hat. In der theoretischen Begründung der Methode, deren practische Ausübung sehr eingehend geschildert wird, geht er davon aus, dass die Ataxie auf eine Störung der musculo-articularen Sensibilitat zurückzuführen sei; da nun die Coordination der Bewegungen kein automatischer Act ist, sondern in frühester Jugend durch Uebung bewusst erlernt ist und zwar im Wesentlichen durch Zusammenwirken des Gesichtssinnes, des Tastgefühls und der musculo-articulären Sensibilität, so muss es möglich sein. einen im späteren Leben durch Ausfall eines oder zweier dieser Factoren entstandenen Defect durch vermehrte Inanspruchnahme des noch intacten Factors auszugleichen, d. h. durch zweckmässige Uebung bei genugender Aufmerksamkeit des Kranken muss es gelingen, vermittelst des Auges die Störungen der Coordination der Bewegungen zu compensiren, die beim Tabiker in Folge mangelhaften Tastgefühls oder herabgesetzter oder selbst fehlender musculo-articulärer Sensibilitat auftreten. Als Contraindicationen bei Anwendung der Methode ergeben sich daher Blindheit oder psychische Störungen, die den Kranken an der nöthigen Aufmerksamkeit verhindern; auch schwerere körperliche Complicationen, Herzfehler, Arthropathien und Knochenbrüchigkeit machen die Anwendung der Methode unmöglich, während der Grad der Ataxie nie eine Contraindication abgiebt. Ausser der Ataxie besserte sich bei H's Krauken auch regelmässig der Allgemeinzustand und das subjective Befinden, was im Wesentlichen auf das Schwinden der neurasthenischen Beschwerden zurtickgeführt wird, die sich oft mit Tabes vergesellschaften.

Falkenberg (Lichtenberg).

169) Gutzmann: Heilungsversuche bei centromotorischer und centrosensorischer Aphasie.

(Arch. für Psych. 1896, ?. Heft.)

Bei ö fällen von motorischer und 2 von sensorischer Aphasie, welche bereits längere Zeit unverändert bestanden hatten, hat Verfasser durch systematisches Vorgehen bemerkenswerthe Heilerfolge gesehen. Bei den motorischen geht er von den Elementen der Sprache aus und übt die einzelnen Laute ein, indem er mit den leichtesten beginnt. Die Patienten müssen genau auf den Mund des Vorsprechenden achten. Das Fehlerhafte in Stellung wie Fewegung wird bei Verfolgung der eigenen Bewegung durch den Spiegel verbessert. Mit grösserer Geschicklichkeit wächst auch das Gedächtniss für die neu erworbenen Lautbewegungen, das in der Regel zuerst ein recht schwaches ist. Mit diesen Articulationsübungen verbindet

G. möglichst bald Schreibübungen mit der linken Hand, wodurch das Gedächtniss für die Lautfolge durch das Auge unterstützt werde, sowie Lese- und Anschauungsübungen (Bilderbogen mit Bezeichnung der Gegenstände auf der anderen Seite) zwecks Hervorrufung und Einübung eines neuen Sprachcentrums. Bei sensorischer Aphasie dictirt er leicht verständliche Geschichtchen odes lässt sie nacherzählen. Das Verständniss für die Syntax sucht er durch das in der Schule übliche Verfahren der Satzzergliederung in Frage und Antwort zu erwecken. Im Gegensatz zu der von Nemann angegebenen rationellen, aber langwierigeren Methode, wobei an den Kranken gewisse Aufforderungen immer wieder gerichtet und vorgemacht werden, bis er bestimmte Aeusserungen mit bestimmten Verrichtungen in Zusammenhang zu bringen gelernt hat, schlägt G. den Weg ein, das Gesprochene durch das Auge erfassen zu lassen. Der Patient lernt die characteristische aussere Stellung jedes Lautes kennen. Beim Einüben der Absehfertigkeit geht man auch wieder von den leichtest zu erkennenden Sprachelementen aus, wobei die Physiologie der Einzellaute in Betracht kommt. Es kam G. mehrfach vor, dass ein vorgesprochenes Wort, obwohl richtig nachgesprochen, erst verstanden wurde, wenn es geschrieben war. Damit nun durch die ahgesehene Bewegung direct die Vorstellung erweckt wird, empfiehlt er die Einübung einer schnell zu erlernenden "phonetischen Schrift", in welcher das Schriftbild und die abgesehene Bewegung identisch ist, da sie das Princip hat, in den Zeichen stets die Stellungen der Articulationsorgane wiederzugeben. Eine psychologisch interessante Erscheinung, dass nämlich von den Aphasischen manchmal auf das Vorsprechen eines Collectivnamens (z B. Blume), eine Einzelbezeichnung (z. B. Rose) nachgesprochen wurde, erklärt G. nicht wie Nemann aus Verwirrtheit der Patienten, sondern knupft dabei an eine Beobachtung Abel's an, dass die Völker auf der niedrigsten Culturstufe nur die Bezeichnung für die Einzelgegenstände, aber noch nicht die Collectivnamen kennen. Daraus, dass die Kranken bei zugewendetein Gesicht und lautem Sprechen richtig nachsprachen und verstanden, während das bei abgewandtem Gesicht nicht immer der Fall war, ergebe sich, dass der erhaltene Rest der Perception durch das Ohr in Verbindung mit der gewonnenen Absehfertigkeit zum Verständniss von allem Gesprochenen genügte. Obwohl die Behandlungsmethode Geduld von beiden Seiten erfordere, gäben die erhaltenen Resultate doch Veranlassung zu Heilungsversuchen bei solchen veralteten Fällen.

Max Edel (Dalldorf).

170) J. H. Kellog: Die Diät bei der Migräne.
(Zeitschrift für Krankenpflege, Bd. 18, 1896, October.)

Eine 20jährige Thätigkeit in einem vielbesuchten Sanatorium Amerikas hat den Verfasser zu der Ueberzeugung gebracht, dass die Migräne keine Krankheit sui generis ist, sondern nur ein Symptom, sowie dass Sympathicus-alterationen (Unverdaulichkeit der Stärke, recht häufig Magenerweiterung, Wanderniere) in sehr vielen Fällen die Ursache abgeben. Dementsprechend soll man in erster Linie die Diät der Kranken regeln; denn die Migräne beruht gewöhnlich auf Zersetzung des Mageninhaltes. Zu vermeiden sind: Butter, Käse, alle Art Geflügel, Austern, Fleisch, fette Gerichte und die

üblichen Saucen, zumeist auch Milch, sowie Thee und Kaffee. Hingegen sind zu gestatten: vor allem Kumys (nach einer vom Verfasser angegebenen besonderen Methode, ohne Hefezusatz hergestellt), ferner Brod ohne Hefe und ohne Backpulver, Zwieback, Leguminosen, Weizengrütze und alle Sorten von grünem Gemüse (ausser Sellerie und Kohl). Recht häufig findet sich als Ursache die Unfähigkeit, Stärke zu verdauen. In solchen Fällen muss der Kranke für einige Wochen auf eine Diät gesetzt werden, in der stärke haltige Speisen vollständig gestrichen werden. Im Besonderen warnt Verfasser vor dem gleichzeitigen Genuss von Fruchtsäften und stärkemehlhaltigen Speisen: sorgfältige Versuche haben ihm nämlich gezeigt, dass Saucen die Umwandlung der Stärke verzögern. Buschan.

171) Paul Flechsig: Zur Behandlung der Epilepsie. (Neurol. Centralblatt 1897, Nr. 1.)

Gegenüber den vielfach ungünstigen Urtheilen über die von ihm angegebene Opium-Bromkur sieht sich F. veranlasst, einige weitere Mittheilungen über dieselbe zu geben. Die Misserfolge schiebt F. auf eine falsche Auwendung der Methode.

F. versucht stets zuerst die einfache Brombehandlung und setzt Opium nur ein, wenn Brom ohne Erfolg bleibt oder starke Vergiftungserscheinungen hervorruft. Für wichtig hält F. die Nebenmassregeln bei der Opiumbehandlung (Bettrube, Darmausspülungen, Diät u. dergl.), deren Nichtbeachtung nicht nur zu Misserfolgen, sondern auch zu unangenehmen Zufällen führen kann. "Die Patienten müssen wie Schwerkranke behandelt, d, h. der dauernden Controlle der Aerzte und eines erfahrenen Wartpersonals untergestellt werden".

Worauf der Erfolg der Opium-Brombehandlung beruht, kann F. noch nicht sicher angeben. F. hat in den letzten Jahren 6 eclatante Besserungen, d. h. Sistirung der Anfälle bis zur Dauer von $2^1|_3$ Jahren auf 50 behandelte Individuen erzielt. Diese zeigten sämmtlich eine lange (bis 20jährige) Dauer, Erfolglosigkeit aller früheren Behandlungsmethoden, allerhand psychische Anomalien und eine torpide Constitution meist mit Anämie.

Hoppe.

172) Linke-Tost: Zur Opium Brombehandlung der Epilepsie. (Allg. Zeitschr., Bd. 52.)

Beschreitung von 7 Fällen von idiopathischer Epilepsie, an denen die Opium-Bromkur nach Flechsig vorgenommen wurde: Opium purum in Pulver 6 Wochen hindurch bis zu 12 dg pro die steigend, darauf 7,5 g Bromkali pro die. Es wurde constatirt: Abnahme des Körpergewichts und Zunahme der Anfälle während der Opium-Gaben. Mit Einsetzen des Broms sofort Abnahme oder Ausbleiben der Aufälle. 2 Kranke wurden unter der Bromkur auch psychisch im Sinn einer Besserung beeinflusst Als Opium-Nachwirkung leichte Obstipationen, die auf Ol. Ric. weisen. Abstinenzerscheinungen beim plötzlichen Aussetzen des Opiums boten nur die regsan.en, noch nicht so degenerirten Kranken: Kribbeln, Jucken, Unruhe. Auf 1 dg Opium verschwanden diese Erscheinungen. Dagegen führten die lange Zeit hindurch verabreichten hohen Bromdosen bei 4 Fällen zu Vergiftungserscheinungen. Fall III zeigte nach 40 Tagen Bromkur plötzlich Ataxie, Tremor, taumelnden Gang, Auf

hebung des Schlundreflexes, Zittern der Zunge, Salivation, Reflexateigerung Silbenstolpern, Benommenheit, Mürrischkeit. Besserung nach Herabsetzung der Dosis. Fall V starb nach 28 Tagen unter ähnlichen Erscheinungen. Fall VI bot das gleiche und starb ebenfalls, trotz Herabsetzung der Dosis. VII litt an Benommenheit. Diese Beobachtungen führten zur Herabsetzung der Bromgabe auf 5,0 nach 6 Wochen Bromkur. Das Körpergewicht nahm unter der Bromkur wieder zu

Die erwähnten Vergiftungserscheinungen legt Verfasser der Methode zur Last, nicht dem Brom allein, "da erfahrungsgemäss höhere Bromdosen weit längere Zeit hindurch vertragen werden". Er meint, durch das Opium werde dem Brom "ein besonders günstiger Angriffspunkt in cerebro geschaffen". Er empfiehlt, das Brom 1/2-1 Stunde nach der Mahlzeit zu geben. Jugendliche, kräftige Personen hätten bessere Aussicht auf Heilung. Der Kürze der Beobachtungszeit wegen will er über den Nutzen der Behandlung nicht urtheilen und er verwirft sie nicht trotz der unangenehmen Belehrungen, die vielleicht ein anderer daraus gezogen haben würte.

Wolff (Münsterlingen).

173) Rabbas-Neustadt: "Zur Epilepsiebehandlung nach Flechsig".
(Allg. Zeitschrift, Bd. 5?.)

16 Fälle wurden nach Flechsig's Methode behandelt. Während der 3 Abschnitte der Kur wurde folgendes beobachtet:

Während der Opiumgaben wurden die Anfälle hänfiger, in einem Fall sistirten sie, das Körpergewicht sank ausser in einem Fall. In 6 Fällen cessirten die Menses, in einen kamen sie einen Monat später. Erbrechen, Uebelkeit, Obstipation trat bei intelligenteren Kranken auf, Reizbarkeit und Zanksucht nahmen zu. Während der Opium-Entziehung bei 6 Kranken qualendes Erbrechen, welches nach 1 2 Tagen schwand. brachte bei 12 Kranken Aufhören und bei je einem Abnahme und Steigerung der Anfälle. Bei 3 sind bis heute, nach gut 2 Jahren, keine Anfälle mehr aufgetreten. Bei 5 Frauen blieben sie 6-10 Monate aus, kehrten aber bei Herabsetzung der Bromdosis zurück. Bei 2 anderen war man wegen Intoxicationserscheinungen gezwungen, herabzugehen, und als gemäss der Empfehlung einiger Autoren wieder eine Opiumkur bei ihnen unternommen wurde, starben sie im status epilepticus Nach Verfasser bewährt sich die Methode bei Frauen besser als bei Männern, ebenso bei jungeren Personen. Im Allgemeinen schien auch das psychische Verhalten gebessert, besonders in einem Fall. In einer Tabelle am Schluss werden die Resultate verschiedener Autoren mit der Bromkur verglichen mit denen bei der Opium-Brombehandlung; danach kommen bei letzterer "ungebesserte" Fälle nicht Die Todesfälle sind nicht darin vermerkt. Verf. empfiehlt die Kur. Wolff (Münsterlingen).

174) Böhme-Hochweitzschen: "Beitrag zur medicamentösen Behandlung der Epilepsie".

(Allg. Zeitschrift, Ed. 53.)

Von Hydrastinum bydrochl., Herpin'schen Pulvern und Wiesbadener
Gichtwasser sah Verfasser keine Erfolge.

Promalin hatte bei 2 Kranken beruhigende Wirkung auf die Psyche. Es wurden 8-9 g täglich gegeben, 12 g verursachten Kopfschmerz.

Mit der Opium-Bromkur wurden 10 Fälle behandelt. Bei 5 blieben die Anfalle 2-9 Monate lang aus, 3 wurden gebessert, 2 Frauen nicht beeinflusst. Eine der gebesserten wurde stäter von häufigen und starken Anfällen heimgesucht. Während der Opiumgaben steigerten sich die Anfälle; als Opium-Nachwirkung zeigten sich geistige Schlaffheit, leichte Ermüdbarkeit und bei einem sonst nicht geschwächten Epileptiker Schwerfasslichkeit.. Verlangsamung im Ablauf der Vorstellungen, Schwerbeweglichkeit der Zunge, Sprachstörung. Verfasser meint, dass statt einer Opiumbehandlung auch eine solche mit einem anderen Mittel wie Amylenhydrat oder Herpin'schen Pulvern vorausgehen könne. Verfasser ist der Flechsig'schen Behandlung gewogen.

Wolff (Münsterlingen).

175) Pollitz-Brieg: "Kritische Betrachtungen über die Opium-Brom Behandlung der Epilepsie". (Allg. Zeitschrift, Bd. 53.)

Diese Abhandlung bringt neben der Tabelle über den Verlauf der Epilepsie (Anzahl der Anfälle pro Monat) in Folge der Flechsig'schen Kpr anch solche mit, den Zahlen der Anfälle bei denselben Kranken und den einzelnen Monaten der Jahre vorher. Verfasser ging von der Erwägung aus, dass erat aus einer solchen Vergleichung gleicher Zeitabschnitte ein sigheres Resultat hervorgehen könne. Danach zeigt sich eine allgemeine Erhöhung der Anfallszahl während der Opium- und eine Verminderung während der Brombehandlung gegen alle Perioden früher. Das Zunehmen der Anfälle und die Herabsetzung des Körpergewichts werden dem Opium zur Last gelegt; letztere war nur sehr schwer auszugleichen. 2 Kranke zeigten schwere Opium-Vergiftung, bei einem wurde das Opium ausgesetzt. Bei einem Kranken cessirten die Anfalle vor der Brombehandlung. Verfasser legt auf die blosse Verminderung der Anfallszahl keinen Werth, nur ein Kranker wurde gebessert. Das psychische Verhalten erfuhr keine Besserung. Der Optimismus der Verfasser früherer Arbeiten erfährt eine scharfe und wohl berechtigte Kritik besonders im Hinblick auf die Gefährlichkeit der Kur. Auch werden die theoretischen Bemerkungen derselben bezuglich der Wirkung des Opiums, die eine vorbereitende sein soll etc., als jeder Begründung entbehrend bezeichnet. Verfasser räth von der Flech sigschen Behandlung ab. Wolff (Münsterlingen).

^{176).} B. Sachs und A. G. Gerster: The surgical treatment of focal epitepsy; a critical analysis of the result in nineteen cases. (Journal of nerv. and ment. dis. 1896, S. 652.)

Die Verfasser geben eine Analyse von 19 Fallen partieller Epilepsie, die operativ behandelt wurden. Drei derselben wurden positiv geheilt, zwei bedentend gebessert, drei weitere etwas gebessert und die übrigen elf blieben unbeeinflusst. Bei denjenigen Kranken, bei denen Besserung eingetreten war, war die Operation innerhalb zweier Jahre nach dem Trauma, resp. nach dem Beginn des Leidens ausgeführt worden; wenn die Heilung, Digitized by Google

diese Bedingungen vorausgesetzt, nur unvollkommen eingetreten war, dann lag die Schuld an Alcoholismus oder mangelhafter Pflege-

Die Verfasser fassen ihre Erfahrungen unter folgende Gesichtspunkte

zusammen:

1. Operativer Eingriff erscheint in solchen Fällen von partieller Epilepsie rathsam, in denen nicht mehr als ein oder höchstens zwei Jahre seit dem Trauma oder dem Beginn des Leidens, dem die Epilepsie ihre Entstehung verdankt, verflossen sind.

2. In Fällen von Depression oder anderen Schädelinsulten ist die Operation auch gerechtfertigt, wenn noch mehr Jahre verflossen sind; je kürzere Zeit nach dem Unfall vergangen ist, desto aussichtsvoller ist

dieselbe.

3. Einfache Trepanation mag für eine grosse Anzahl Fälle genügen, besonders für solche, in welchen ein Schädeltrauma vorliegt oder ein cystisches Verhalten die Hauptursache abgiebt.

4. Excision des corticalen Gewebes erscheint rathsam, wenn die Epilepsie nur kurze Zeit dauert und die Symptome auf einen eircum-

scripten Herd hinweisen.

5. Bei der Excision hat man streng darauf zu achten, dass der eigent-

liche Herd gänzlich entfernt wird.

6. Bei Epilepsie in Verbindung mit infantiler Hirnlahmung mag der operative Eingriff versucht werden, zumal wenn ein zu langes Intervall seit dem Eintrit der Lähmung noch nicht verflossen ist.

7. In Fällen von Epilepsie von langem Bestehen, in welchen eine ausgedehnte Degeneration der Associationsfasern mit gröseter Wahrscheinlickkeit anzunehmen ist, erscheint die Operation absolut nutzlos.

Buschan.

177) Braun (Göttingen): Ueber die chirurgische Behandlung der traumatischen Jackson Epilepsie. - Vortrag in der Section für Chirurgie der Frankfurter Naturforscherversammlung, 22./IX. 1896. (Ref. d. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 48.)

Der 22jährige Mann, welcher nach einer schweren Verletzung der rechten Kopfseite Mai 1884 lange bewusstlos war und linksseitige Lähmung zeigte, bekam März 1888 die ersten vom linken Daumen ausgehenden Krampfanfälle, die sich auf den Arm und die Muskeln der linken Gesichtshälfte beschränkten. Die Trepanation an einer für Berührung gehr schmershaften circumscripten Stelle December 1893 (mit Eröffnung einer Cytte) beseitigte zwar die Schmerzen, blieb aber ohne Einfluss auf die Anfalle, welche erst nach einer zweiten Trepanation (Marz 1890) in der Gegend des Centrams für die obere Extremität und die Gesichtsmuskela auf einige Wochen sistirten, um dann wiederzukehren. Sie breiteten sieh manmehr weiter aus und steigerten sich zu allgemeinen Krämpfen mit Bewasstseinsverlust. Deshalb November 1890 Trepanation an der alten Stelle und Excision des mit dem faradischen Strom bestimmten Centrums für die Bewegungen des Daumens und der Hand. Zunächst noch 2 Anfälle; seitdem (6 Jahre) ist der Mann völlig anffallsfrei.

Von 22 mit Excision eines motorischen Centrums behandelten Kranken war 4 mal ein Misserfolg, 4 mal Besserung und 14 mal Heilung zu verzeiehnen, die aber nur bei 5 länger als ein Jahr beobachtet worden ist. Die darauf etwa folgenden Lähmungen gingen stets bald zurück. Das Material zur Beurtheilung dieser Operation hält B. danach für ungenügend. Da auch Heilung dusch Entfernung von Theilen des verletzten Schädels oder der veränderten Hirnhäute erzielt worden ist, so hält B. nur, wenn dies nicht num Ziele führt, die Excision der Centren für nothwendig.

In der Discussion skizzirte Schede-Hamburg 5 Fälle von operativer Behandlung der traumatischen Epilepsie, in denen er sich mit ziemlich gutem Erfolge auf die Spaltung der veränderten Dura und die Lösung der-

selben von den veränderten Meningen beschränkte.

Gutsch-Karlsruhe hat bei einer Depressionsfractur mit folgender schwerer Epilepsis durch Trepanation dauernden Erfolg erzielt.

Hoppe.

178) Seegelken (Jena): Lumbalpunction als therapeutischer Eingriff bei Encephalopathia saturnina.

(Münch, med. Wochenschrift Nr. 47, 48. Jahrg.)

Der diagnostische Werth der Lumbalpunction steht ausser Zweisel. Durch den Nachweis von Tuberkelbaeillen in der Cerebrospinalflüssigkeit, sowie durch Druckmessungen bei Hirntumoren und anderen Gehirnkrankbeiten werden wichtige Anhaltspunkte für die Beurtheilung jener gewonnen.

Die therapentischen Erfolge beziehen sich in der Hauptsache auf Besserung der Hirndrucksymptome, besonders günstig beeinflusst werden

acute servise und servis-eitrige Hirnhautentzundungen.

S. beschreibt einen Fall von Bleivergiftung, der mit Convulsionen und Coma einherging. Auf der Höhe der Krankheit werden durch Punction 60 cam Cerebrospinalflüssigkeit entleert, welche anfangs klar (ca. 25 ccm), später leicht getrübt abfliesst und beim Beginn der Punction unter einem Druck von 810 mm, am Ende desselben von 80 mm steht.

Das Bewusstsein kehrte langsam wieder zurück und ausser Gesichtsund Gehörshallucinationen sind Cerebralerscheinungen nicht wieder aufgetreten. Patient konnte nach Woolen als arbeitsfähig entlassen werden.

Da erfahrungsgemäss die mit Coma einhergehenden Bleivergiftungen die allerschlechteste Prognose geben, so liegt es nahe, den Erfolg auf Rechnung des therapeut schen Eingriffs zu setzen. — Die schweren Cerebralerscheinungen bei Encephalopathia saturnina beruhen auf Gehirnödem, eine Annahme, welche durch die im vorliegenden Falle nachgewiesene Vermehrung und erhöhte Spannung des Hirnwassers eine Stütze erhält.

Die Entlastung des Gehirns ist im gleichen Maasse indicirt, wie die

Pleurapunction bei grossen, das Leben bedrohenden Exsudaten.

Blachian (Werneck).

179) Kretschmann, Magdeburg: Ein Fall von Meningitis serosa, durch Operation geheilt

(Münch. med. Wochenschrift Nr. 16, 43. Jahrg.)

Gleich wie in Folge von Rippenkaries seröse Pleuritis oder bei Vorhandensein eines Krankheitsherdes in der Knochenepiphyse ein einfacher Gelenkerguss entstehen kann, so sehen wir als Complication der Felsenbeinkaries nicht so selten Meningitis serosa auftreten. Dieselbe bietet besonders

im chronischen Verlaufe die bekannten Hirndruckerscheinungen; welche, wie der interessante Fall K.'s zeigt, am wirksamsten durch breite Eröffnung des Schädels und Intraduralraumes bekämpft werden.

Der operative Eingriff lässt sich um so mehr rechtfertigen, als auch die anderen durch Felsenbeinkaries bedingten Complicationen ein gleiches Vorgehen erheischen.

Blachian (Werneck).

180) Carl Grunert (Halle): Ein Beitrag zur operativen Behandlung der otogenen Hirnabscesse.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Mr. 52.)

Nach G. tragen 2 Punkte die Hauptschuld an der wenig erfreulichen Prognose der chirurgischen Behandlung der otogenen Hirnabscesse: 1. der Umstand, dass ca. der 5. Theil dieser Abscesse multipel auftreten und 2. die Schwierigkeit der rechtzeitigen Diagnose.

Der Fall, den dagegen G. zu veröffentlichen Gelegenheit hat, ist ein

prägnanter und reiner Schulfall.

Der Patient, welcher wegen rechtsseitiger Mittelohreiterung in die Klinik kam, wurde am 25. Februar operirt, wobei sich ein zerfallenes Ohrcholesteatom ergab. Tags darauf Klagen über rechtsseitige Kopfschmerzen; die vom kranken Obre ausstrahlten, bald aber den Character tiefen diffusen Schmerzes annahmen und sich oft bis zur Unerträglichkeit steigerten. Das anfangs vorhandene Fieber schwand, als eine Eiterretention am unteren Kieferwinkel beseitigt wurde, während die Kopfschmerzen bestehen blieben. Allmählich psychische Veränderung des Patienten, welcher leicht erregbar, weinerlich und vergesslich, schliesslich somnolent und sopores wurde. Ausserdem Appetitlosigkeit, hartnäckige Obstipation, Abmagerung und Pulsverlangsamung. Schliesslich sicherte der Eintritt einer linksseitigen Hemiparese und Hemianästhesie die Diagnose eines otogenen rechtsseitigen Schläfenlappenabscesses, welcher durch Druck auf die innere Kapsel die Herdsymptome bervorrusen musste. Die Richtigkeit der Diagnose ergab die Trepanation vom 29. März: in der Tiefe des Schläfenlappens- eine ziemlich grosse Abscesshöhle, aus der sich fætider Eiter entleerte. Nach der Operation bildeten sich die Symptome allmählich zurück, 2 Monate usch der selben wurde der Patient geheilt entlassen. Ein Recidiv der Ohreiterung, welches bei dem Grundleiden Cholesteatom zu befürchten ist, war nach 712 Monaten nicht eingetreten, in 2 von Schwartze vor 10 und 3 Jahren operirten Fällen ist ein solches auch bisher ausgeblieben.

҈He p p e.

181) Ludwig Bremer (St. Louis, Mo.): The knife for coccygodynia a failure.

(The Med. Rec., 1. Aug. 1896.)

Verfasser bestreitet, dass die Coccygodynia, wie selbst viele Neurologen behaupten, eine rheumatische oder idiopathisch-neuralgische Erkrankung sei. So viel Kranke er auch gesehen habe — er berichtete einige davon ausführlicher —, immer konnte er nachweisen, dass die Coccygodynie nur Theilerscheinung einer vorhandenen Hysterie war. Diese müsse beseitigt werden, nicht das Steissbein. Und wenn wirklich einmal durch die Entfernung desselben (wahrscheinlich auf Grund der suggestiven Wirkung der

Operation) der Schmerz beseitigt sei, wer wolle behaupten, dass nicht andere, einfachere Mittel denselben Erfolg gehabt haben würden?

Voigt (Oeynhausen).

B. Psychopathologie.

Specielle Pathologie.

182) A. Cramer: Pathologisch-anatomischer Befund in einem acuten Falle der Paranoiagruppe.

(Arch. f. Psych., Bd. 29, 1.)

Ein 24jähriger, erb!ich nicht belasteter, völlig gesunder Mann erkrankt nach einem Sturz mit seinem Pferde, der keine unmittelbaren Folgen hatte; und nach einigen, nicht gerade ungewöhnlichen, Trinkexcessen an einer acuten Psychose, die sich in tobsüchtiger Erregung, Grössenideen, jähem Stimmungswechsel, Verworrenheit, theilweise "geheimnissvollem" Wesen, Hallucinationen, starkem Speichelfluss und zuletzt Zuckungen im Arm äussert, einige kurze Remissionen mit Krankheitsgefühl zulässt und nach nur 7tägiger Dauer unter hohem Fieber und Albuminurie zum Tode führte.

Die Obduction dieses Falles ergab geringe Milzschwellung, Nephritis, Blutungen im Nierenbecken, Adhärenz der Dura im Schädeldach und starke venöse Hyperämie des Hirnes; microscopisch fanden sich in der ganzen Hirnrinde zahlreiche capilläre Blutungen, geringe Leucocyten-Emigration und trübe Schwellung der grossen Ganglienzellen.

Danach lautete die microscopische Diagnose "corticale hämorrhagische Encephalitis". Klinisch bezeichnete C. diesen unter den Zeichen einer schweren toxischen Allgemeinerkrankung verlaufenden Fall als "acuten Fall der Paranoiagruppe", weil er "nichts präjudiciren will", weil die Diagnose Amentia nicht ganz zu rechtfertigen wäre und weil der Kranke einige Wahnideen geäussert hatte. Der "Paranoiagruppe" überhaupt gehöre er an, "weil er weder als Manie, noch als Melancholie aufzufassen war" (S 24). Die Differentialdiagnose gegen Paralyse wird nicht einmal erwähnt.

Am allerwenigsten zur nosologischen Klärung des Falles tragen jedenfalls C.'s umfangreiche pathogenetische Reflexionen und Hypothesen bei. Der Angelpunkt des Processes scheint ihm nämlich die Verwachsung der Dura zu sein. Er nimmt, obwohl sie als Periost fungirt, an, dass sich die Dura etwas "dehnen" und dadurch Drucksteigerungen im Schädel compensiren könne; dies war hier nicht möglich; zweitens wurde durch den Sturz mit dem Pferde, wenn nichts anderes, so doch eine gewisse Invalidität der Circulationsverhältnisse geschaffen"; drittens fand "während der wiederholten Kneipereien eine starke Blutzufuhr nach dem Schädel statt", die wegen der Duraverwachsung wieder nicht richtig ausgeglichen werden konnte. Schliesslieh kam noch "die starke psychische Erregung, welche ihrerseits auch wieder zu einem starken Zuströmen von Blut nach dem Centralorgan führen musste", hinzu. Der Mann war also "einem circulus vitiosus verfallen", der nach 7 Tagen zum Tode unter schweren Allgemeinerscheinungen führen musste, Die Duraverwachsung mit dem Schädeldach scheint dabei die Rolle der "verhängnissvollen Gabel" gespielt zu haben. Digitized by Google Entsprechend seinen 4 Hypothesen deutet C. auch die microscopischen Befunde lediglich als Stauungserscheinungen und Ernährungsstörungen im Gehirn. Auf die klinische und anatomische Identität seines Falles mit einigen von Krafft-Ebing, Schüle u. A. als Delirium acutum beschriebenen Fällen weist C. hin.

E. Trömner (Dresden).

183) Clemens Neisser-Leubus: "Paranoia und Schwachsinn". (Allg. Zeitschrift, Bd. 53.)

Die Arbeit enthält einestheils eine Entgegnung an Hitzig, anderntheils einige Bemerkungen zur Abgrenzung der chronischen Paranoia. Hitzig erklärt sich in seinem Buch über Querulantenwahn mit der Ansicht derjenigen Autoren einverstanden, welche behaupten, dass Paranoia mit Schwachsinn verbunden sei: der Kranke besitze sein volles geistiges Kapital nicht, es bestehe ein Intelligenzdefect und zwar ein quantitativer. N. ist mit Anderen der Meinung, dass die Demenz nur vorgetäuscht sei. Wenn sich im Gedankengaug des Paranoikers anscheinende "Defecte der Associationsbildung" zeigen, so rühre es daher, dass der Gedankengang nicht vollständig auf der Hand liege, dass eine Menge Zwischenglieder fehlten, welche nicht ausgesprochen würden. Der Paranoiker komme nur nach langen Zweifeln, Grübeleien und Kämpfen zu Resultaten, die mit seiner früheren Erfahrung nicht im Einklang ständen; dazu komme die Wirkungsart der Sinnestäuschungen, welche niemals fehlten, und zwar wirkten dieselben mit ganz anderer Intensität auf den Betroffenen, als normale Wahrnehmungen, "intensiver und auf andere Weise", nämlich viel weniger durch ihren Inhalt als durch ihre physio-psychologischen Beziehungen und ganz direct ohne Dazwischentreten von bewussten Reflexionen. Also sei die wahnhafte Auffassung eine Folge des hallucinatorischen Processes, nicht eines Intelligenzdefectes. Und wenn H. mit als Hauptgrund für seine Ansicht den chronisch-progressiven Verlauf der Krankheit auführe, der auf einen terminalen Defectzustand hinauslaufe, so beobachte man solche Schwächezustände auch z. B. bei lange dauernder Manie und überhaupt bei länger daneraden Krankheiten; das sei kein Beweis für eine von vornherein in der Paranoia liegende perniciöse Tendenz. Und überdies könne man Ziehen's Pseudodemenz nicht ganz abweisen, wenn man sehe, wie bei anscheinend ganz stumpfen Kranken sich plötzlich ein noch ganz umfänglicher geistiger Besitzstand erweise, wenn irgend ein besonderer Anlass sie zur Aeusserung zwingt etc.

In seinen Bemühungen, dem Leser deutlich zu machen, welche Form von Paranoia er im Auge habe, geht Verfasser per exclusionem vor. Er trennt davon alle Formen, bei denen Zustände von Verwirrtheit (Ziehen's primäre Iucohärenz) vorkommen, ferner die secundären, die mit Residualwahn und die, bei welchen gewisse, besonders hypochondrische Vorstellungen dominirend werden. Von den Originären, die er gleichfalls ausnimmt, giebt er folgende Haupt-Characteristica: Sie sind abnormen Stimmungsschwankungen unterworfen, die Affecte abnorm labil, die Phantasiethätigkeit ist stark entwickelt, so dass die Gesellschaft sie exaltirt nennt, ihre Reproductionen sind untreu, und was das Wichtigste ist, pes vollzieht sich bei diesen

Individuen ein Theil der psychischen Leistungen unterhalb der Schwelle des Bewusstseins, so dass die Auf- und Auseinanderfolge der Vorstellungen und Gefühle sich selten einigermassen darstellt, noch von ihnen selbst reconstruirt werden kann, so dass oft die Ergebnisse complicirter geistiger Operationen ihnen in Form von Einfällen fix und fertig erscheinen, ohne dass sie den zurückgelegten Weg zurückzuverfolgen vermöchten". Nur bei ihnen finden sich genuine Primordialdelirien im Sinne Griesinger's, bei der chronischen Paranoia nicht. Nach Ausscheidung aller dieser Formen bleibt noch eine begrenzte Gruppe, deren klinisches Hauptsystem sin einer durch den ganzen Krankheitsverlauf von Anfang bis Ende andauernden chronischen Wahnbildung besteht".

Wolff (Münsterlingen).

184) Linke-Tost: "Zur Pathogenese des Beachtungswahns". (Allg. Zeitschrift, Bd. 58.)

In den Arbeiten der letzten Jahre zeigen sich gewisse Fragen bezüglich der Paranoia actuell. Die Grenzen eines blossen Referates werden nicht weit überschritten, wenn wir einige davon neunen -: Ob zur Entwicklung dieser Krankheit Schwachsinn wesentlich erfordert sei resp. ob er mit ihr zugleich auftrete, ob der Paranoiker bezüglich seines Wahns kritiklos genannt werden durfe, ob es eine acute Paranoia gäbe, wie es sich mit dem Krankheitsbewusstsein verhalte u. a. Gegenwärtige kurze Arbeit bezieht sich auf einen wichtigen Passus der in Bd. 52 der allgemeinen Zeitschrift enthaltenen Schrift Sandberg's "Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia". Sandberg hatte mit Wernicke die Hypothese angenommen, dass der Paranoia eine Veränderung der Erinnerungsbilder zu Grunde liege, die eine Incongruenz derselben mit den altgewohnten Eindrucken der Aussenwelt schaffe, wodurch wieder die Rathlosigkeit der Paranoiker ihre Erklärung finde. Diese Veränderung dürfe man sich nicht so grobsinulich und so plötzlich eintretend vorstellen, dass dadurch Verwirrung eintrete, sondern allmählich und zugleich der Art, dass die Rathlosigkeit eine pessimistische Färbung erhalte, wodurch dann der dieser Krankheit eigene Affect des Misstrauens gegeben sein sollte, der zum Beeinträchtigungswahn führe. Der Affect des Misstrauens sollte dem der Depression bei Melancholie und dem der Euphorie bei Manie analog sein. Diese Hypothese lässt Linke nicht gelten: die Rathlosigkeit sei indifferent und Misstrauen sei kein Affect. Von beiden könne man nicht zum Beeinträchtigungswahn binüber, ohne einen unpsychologischen Sprung zu thun. Vielmehr sei der Affect des Paranoikers der der gespannten Erwartung mit seinem psychischen und physischen Unbehagen. Sobald derselbe pathologisch sei oder werde, provocire er eiue Steigerung der Sinneswahrnehmung, sein Object verblassse und bleibe hinter ihm zurück, verschwinde. Daraus entstehe das Ruhe- und Planlose, das Zerstreute im Wesen des Paranoikers; doch habe er dann noch das Bewusstsein der Objectlosigkeit des Affectes. Wenn aber auch das verschwinde, wenn das Bewusstsein der primären Natur des Affectes fehle, wenn der Affect selbst erst im Momente der Sinnes. wahrnehmung ins Bewusstsein trete, dann entstehe der Beachtungswahn und durch einen Schluss "es ist etwas gegen dich im Spiel" der Beeinträchtig-- Wolff (Munsterlingen). ungswahn.

:195) Van Brero-Buitenzorg (Java): "Koro, eine eigenthümliche Zwangs-

vorstellung". (Allg. Zeitschrift, Bd. 53.)

Wie Verfasser angiebt, erhielt ein Militärarzt Blonk Mittheilung von einem im südlichen Theil von Celehes vorkommenden Krankheitsbilde, welches er (Geneeskundig Tijdschrift voor Niederlandsch-Indie 1895) folgendermassen beschreibt: "Es befänden sich da Kranke, deren Penis ab und zu, ohne bekannte Ursache, Neigung zeigt, sich in die Bauchhöhle zurückzuziehen, was wirklich geschehen, dann den Tod herbeiführe, wenn die Kranken selber oder Andere nicht frühzeitig das Glied festhielten. Diese Anfälle hätten bisweilen stundenlange Dauer, waren begleitet von einer heftigen Angst, wurden von grosser Abmattung gefolgt und wurden bei Lenten mit einem gestörten Nervenleben gefunden, welche ihre Krankheit vor Scham verheimlichten. Ueber Heredität, Zeit des Auftretens ist ihm nichts bekannt; persönlich konnte er dergleichen Anfälle nicht observiren".

Wir haben diese Stelle der Curiosität wegen wörtlich citirt. Van Brero ist geneigt, diese Erscheinung zu den Zwangsvorstellungen, speciell den Zwangsempfindungen zu rechnen. Wenn bei Koro keine Krankheitseinsicht bestehe, so komme das auf Rechnung der Unwissenheit jenes Volkes und auf die des Affects. Vielleicht stehe die Erscheinung auch in Zusammenhang mit religiösen Vorstellungen und Gebräuchen. Genaueres ist ihm nicht bekannt, andere Zwangsvorstellungen sind ibm dort nicht begegnet. Wolff (Münsterlingen).

V. Zur Tagesgeschichte.

Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes Session de Toulouse.

Le huitième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes s'ouvrira à Toulouse le lundi 2 août, sous la présidence de M. le Dr. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton.

Les questions inscrites au programme sont les suivantes;

1. Diagnostic et la paralysie générale. - Rapporteur, M. le Dr. -Arnaud, médecin de la Maison de santé de Vanves;

2. L'hystérie infantile. - Rapporteur M. le Dr. Bézy, chargé du

ceurs de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse;

3. Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés. - Rapporteur, M. le Dr. Doutrebente, médecin-directent de l'asile de Blois.

Les membres adhérents pourront présenter des communications sur des

sejets sutres que les questions du programme.

Adresser, des maintenant, les adhésions et communications au Secrétaire général du Congrès, M. le Dr. Victor Parant, allée de la Garonne, 17, à Toulouse (Haute-Garonne).

Prix de la cotisation: 20 francs.

Personalien. Mingazzini hat einen Lehrauftreg für Nervenpathelogie in Rom erhalten als Nachfolger Sciamanna's, welcher daselbst Ordinarius der Psychiatrie geworden ist. -

Braunschweig. Dr. Wichmann ist als Arzt der Wasserheilanstalt nach Ilmenau verzogen; Dr. L. Loewenthal hat seine Praxis übernommen.

CENTRALBLATT

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

fiir die

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

XX. Jahrgang.

1897 Mai-Juni.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Ueber frühzeitige syphilitische Erkrankung des Nervensystems.

Vol Dr. med. A. J. JUSCHTSCHENKO. (Aus dem Cabinet von Prof. P. Kowalewsky in Warschau.)

Nach den heutigen Anschauungen ist die Syphilis eins der wichtigsten ursächlichen Momente gewisser Nerven- und psychischer Krankheiten. Eine Menge klinischen Materials und eine ungeheure Litteratur bestätigen dies. Und dennoch ist die Zeit nicht allzu fern, wo das Nervengewebe für unfäbig gehalten wurde, syphilitisch zu erkranken. Astley Cooper 1) sagt im Jahre 1833: Das Nervengewebe ist eins von denjenigen, welche, wie es scheint, dem Einflusse des venerischen Giftes widerstehen. Dasselbe spricht auch Hunter2) aus; Lasegue3) 1861 giebt die Möglichkeit syphilitischer Erkrankung des Nervensystems zu, hält sie aber für äusserst selten und nur für ein zufällig hinzutretendes Moment bei der Entstehung der Nervenkrankheiten. Alle angeführten Meinungen haben jetzt nur historisches Interesse, denn ein jeder Tag bringt neue Beweise dafür, eine wie grosse Rolle die Syphilis bei der Erkrankung des Nervensystems spielt, wobei letztere hauptsächlich in die tertiäre Periole fällt. Fournier 4) sagt: "Die Syphilis des Nervensystems entwickelt sich hauptsächlich 3 - 18 Jahre nach der ersten Infection. Es kommen aber auch Fälle vor, in

¹⁾ Astley Cooper: Oeuvres chirurgicales. Traduit de Chassignac et Bichelot. 1835.

²⁾ Hunter: Traité de la maladie vénèrienne. Traduit de Richelot 1861.

Lasègue: Archives générales de médecine. 1861.
 Fournier: La syphilis du cerveau. 1879.

welchen die Erkrankung zu einer sehr frühen Zeit auftritt, freilich auch andere, in denen sie sehr spät erscheint — 30 und mehr Jahre nach der Infection". Prof. P. Kowalewsky¹) beobachtete mehr als 40 Fälle von syphilitischer Erkrankung des Gehirns, welche 30 Jahre nach der primären Infection auftrat. In seinem Werke über Gehirusyphilis erwähnt er auch eines Falles von Raynaud, in welchem die Gehirusyphilis erst 54 und eines solchen von Fournier, in dem sie 55 Jahre nach der ersten Erkrankung erschien.

Andererseits kommen aber auch Abweichungen nach der entgegengesetzten Richtung vor, d. h. Fälle cerebraler syphilitischer Erkrankung im ersten Jahre und sogar in den ersten Monaten nach der Infection. Es kann sich hierbei ebensowohl um nervöse, wie um psychische Erkrankungen handeln, um solche functionellen Characters, oder mit grob-anatomischen Veränderungen. Zu den letzteren gehört auch die einseitige Paralyse, welche sich zuweilen, wenn auch selten, zu einer sehr frühen Periode der Syphilis entwickelt.

In der Litteratur stossen wir auf folgende Beobachtungen über diesen Punkt. Knorre?) gilt als Erster, welcher sich 1849 bestimmt für die Möglichkeit, das Nervensystem könne syphilitisch erkranken, aussprach. In seiner diesbezüglichen Arbeit beschreibt er 6 Fälle von Hirnsyphilis, wobei es sich in einem um einen 24jährigen Matrosen handelt, bei dem bald nach der Infection, gleichzeitig mit den secundären Erscheinungen, sich eine Parese des rechten Arms und eine Paralyse der rechten Gesichtshälfte entwickelten. Das alles geschah nicht plötzlich, sondern im Laufe eines Monats ungefähr, wobei nach einer energisch angewandten antisyphilitischen Kur die Erscheinungen zurücktraten. In ihrem bekannten Werke über die Syphilis des Nervensystems bringen Gros und Lancereux⁸) 1862 vier Fälle von Hemiplegie zu einer frühen Periode dieser Krankheit.

Einer von diesen Fällen (Beobachtung 86) handelt von dem lyrischen Tenor Brollard, welcher 37 Jahre alt an Syphilis erkrankte und bei dem sich nach 4 Monaten, nach Vorhergehen von Kopfschmerzen, eine rechtsseitige Lähmung der Muskeln des Gesichts und der Extremitäten, zugleich mit Sprachstörung, entwickelte. Die Sensibilität blieb ungestört. Nach zwei Monaten trat Verschlimmerung des Zustandes ein, die paralytischen Erscheinungen verstärkten sich und der Kranke starb 17 Tage nach dem Eintritt der Hemiplegie. Die Autopsie ergab nicht nur nichts, was die Erscheinungen bei Lebzeiten erklärt hätte, sondern überhaupt nichts Abnormes im Gehirn.

Der zweite Fall (Beobachtung 113) behandelt den M. X., einen kräftigen 24 Jahre alten jungen Mann, welcher im October 1857 Syphilis acquirirte und Anfangs sich regelrecht behandeln liess, bald aber allerlei Ausschweifungen sich hingab, in Folge dessen die schon früher eingetretenen Kopfschmerzen sich verstärkten; es begannen Fluxionen zum Gehirn, von maniakalischer Agitation begleitet, und im März 1858 wurde Patient plötz-

Digitized by GOOGLE

¹⁾ Kowalewsky: Gehirnsyphilis. 1898.

K norre: Syphilitische Lähmungen. Deutsche Klinik 1849, Nr. 6.
 L. Gros et E. Lancereux: Les affections nerveuses appbilitiques. 1861.

lich von einem apopiectischen Insult mit Bewusstseinsverlust betroffen, welcher mit einer linksseitigen Paralyse absohloss. Nicht vollständig hergestellt verliess Patient das Hospital, und anstatt die regelrechte Kur fortzusetzen, begann er Brechmittel zu gebrauchen Im April desselben Jahres ein zweiter Schlaganfall mit Paralyse derselben Seite. Von da ab wurde der Zustand des Kranken immer schlimmer, es traten psychische Störungen auf, die paralytischen Erscheinungen wurden immer stärker, es entwickelte sich Caries des rechten Processus mastoidens, verbunden mit Eiterausfluss aus dem rechten Ohre; Patient wurde immer schwächer und starb schliesslich im Februar 1859. Die Section wurde nicht vorgenommen.

Im dritten Falle (Beobachtung 145) handelt es sich um einen gewissen On. Richard, 30 Jahre alt, bei dem 3 Monate nach dem Auftreten des Schankers sich plötzlich eine rechtseeitige Hemiplegie mit Bewusstseinsverlust und Sprachstörung einstellte. Unter dem Einfluss einer specifischen Kur wurde das Befinden des Kranken besser und er konnte bald das Hospital verlassen. Im vierten hierher gehörigen Fall entwickelte sich bei P. M. D. während der zweiten Periode der Syphilis langsam im Laufe von 2-3 Tagen eine rechtsseitige Paralyse, wobei anfangs der Arm, dann das Bein und zuletzt die Zunge ergriffen wurden. Die Sensibilität blieb ungestört, dagegen war das Bewusstsein getrübt. Unter dem Einflusse einer hauptsächlich specifischen Behandlung trat bedeutende Besserung ein und nach etwas mehr als einem Jahre konnte Patient schon gut gehen und sprechen; was den Arm anbetrifft, so war die Beweglichkeit in demselben um diese Zeit noch nicht vollständig hergestellt. Zambaco1), welcher in seiner Arbeit reiches klinisches Material zur Frage von der Gehirnsyphilis bringt, beschreibt zwei Fälle von Hemiplegie zu einer frühen Periode der Krankheit, aber diese Fälle sind nicht neu, sondern schon in vorerwähnter Arbeit (Fall 1 und 2) angeführt. Uebrigens muss bemerkt werden, dass Zeit der Erkrankung und Verlauf derselben in Bezug auf den zweiten Fall bei Zambaco ein wenig anders angegeben sind als bei Gros und Lancereux. Wodurch sich dies erklärt - ist schwer zu sagen. Fournier²) sagt im Jahre 1873, dass er 6 Fälle von Hemiplegie zu einer frühen Periode der Syphilis beobachtet habe. Leider beschreibt er nicht jeden Fall besonders, sondern giebt seine Beobachtungen nur in allgemeinen Zügen an. Alle seine Kranken befanden sich in blühendem Lebensalter, keiner litt an einer Krankheit des Herzens, des Gefässsystems u. s. w. Ausser Kopfschmerzen gingen keine Erscheinungen der Hemiplegie voraus. Letztere entwickelte sich nicht plötzlich zur Zeit des apoplectischen Insultes, sondern langsam im Laufe einer oder zwei Stunden, wobei die Paralyse nie eine vollständige war. Die Heilung trat, unter dem Einfluss einer specifischen Kur, schnell ein.

Die Zeit des Eintrittes der Hemiplegie nach der syphilitischen Infection schwankt in den Fournier'schen Fällen zwischen 6 und 19 Monaten. In letzterem Falle kann die Erkrankung freilich schon nicht mehr als in

¹⁾ Zam baco: Des affections nerveuses syphilitiques. Paris 1862.
2) A. Fournier: Lecons sur la syphilis, étudiée plus particulièreme

²⁾ A. Fournier: Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme. 1878.

die Periode der secundären Erscheinungen fallend, betrachtet werden. 1879 sagt Fournier¹), an die 6 erwähnten Fälle erinnernd, dass er seit der Zeit noch 2 ähnliche Fälle beobachtet habe. Diese Bemerkung ist characteristisch dadurch, dass sie beweist, wie selten Hemiplegieen zu einer frühen Periode der Syphilis sind, da Fournier, der eine solche Menge Kranker zu seiner Beobachtung hat, im Laufe von 6 Jahren nur 2 solcher Fälle gesehen hat.

Menetrier²) beschreibt 1885 einen Fall von frühzeitiger Hemiplegie; der Kranke aquirirte Syphilis im 26. Lebensjahre. Nach 2 Jahren traten Roseolæ auf zugleich mit heftigsten Kopfschmerzen, welche den Patienten verhinderten, das Bett zu verlassen. Beim Versuche dasselbe zu thun, bemerkte er eine Schwäche der rechten Extremitäten. Bei der objectiven Untersuchung ergab sich: eine Parese des rechten Armes und der rechten Hand, so dass Patient mit letzterer nur im Stande ist, ein Gewicht von 7 kg zu heben, während er mit der linken ein solches von 30 kg hebt. Die rechte Gesichtshälfte ist paretisch, die Zunge nach rechts abgewichen, die Bewegungen derselben erschwet. Die Knierestexe beiderseits erhöht. Nach einer zweimonatlichen specisischen Kur war der Patient gesund.

Gaikie wicz⁸) bringt in seiner Monographie über die Syphilis des Nervensystems einige Fälle von frühzeitiger Hemiplegie; so Beobachtung VI und XXIII über zwei 30jährige Männer J. H. und F. L., bei denen sich die Paralyse etwas über ein Jahr nach der Infection entwickelte. Fall (Beobachtung XXII) betrifft den 28jährigen Gutsbesitzer N. N., welcher im Januar 1885 Syphilis acquirirte; er schlug eine entsprechende Kur ein und machte sich aufangs 20 Quecksilbereinreibungen, später wegen auf. tretender Kopfschmerzen weitere 20. Dabei gebrauchte er innerlich Jodnatrium. Am 2. September desselben Jahres wurde er von linksseitiger Hemiplegie befallen, welcher heftige Schmerzen in der rechten Hälfte des Kopfes vorangingen. Die Paralyse trut nicht in Form eines Schlaganfalles auf, sondern allmählich im Laufe einer Stunde, wobei anfaugs sich eine Parese der Muskulatur und Erschwerung der Sprache bemerkbar machtes, darauf wurde der Arm paralysirt und zuletzt das Bein. Die Paralyse war eine vollständige; ausser derselben war noch Hemianästhesie der betroffenen Seite vorhanden. Dem Kranken wurden weitere 60 Einreibungen gemacht und ausserdem innerlich Natrium jodatum gegeben. Darauf machte Patient eine Kur in Busk durch; im Laufe des Jahres 1887-88 machte er noch 108 Einreibungen. Im Januar 1589 erschien Patient gut genährt und war fast vollständig hergestellt, mit Ausnahme von einigen paralytischen Erscheinungen in den Extremitäten der linken Seite.

Gowers⁴) erwähnt in seiner Arbeit 1593 2 Fälle frühzeitiger Hemiplegie; in dem einen derselben entwickelte sich die Paralyse 3 Monate nach der Infection, im anderen nach 6 Monaten.

⁾ A. Fournier: La syphilis du cerveau. 1879.

²⁾ Menetrier: Accidents cérébraux au debut de la période secondaire.

Ann. de dermat. et syphilis 1885. T. IV. Nr 7.

3) W. Gaikiewicz: Syphilis du système nerveux. 1892.

⁴⁾ W. B, G o wers: Syphilis und Nervensystem, Berlin 1893.

1894 beschrieb Mendel1) 3 Fälle frühzeitiger Hemiplegie. Einer von diesen betrifft einen 19jährigen Studenten, bei dem 2 Monate nach dem Austreten der ersten Erscheinungen der Syphilis die Hemiplegie eintrat. Ein weiterer Fall handelt von einem 60 Jahre alten Manne, welcher 4 erwachsene Kinder hatte; derselbe acquiri te Syphilis im Jahre 1885; nach dem Auftreten des Primäraffectes begann Patient Quecksilber zu gebrauchen. Trotz der specifischen Kur traten Roseolæ auf und weiterhin, ungefähr 3 Monate nach der Infection, entwickelte sich, nach 14tagigen Kopf. schmerzen, im Laufe von 24 Stunden eine rechtsseitige Hemiparese, Aphasie und rechtsseitige Hemian psie, ohne dass Patient dabei das Bewusstsein verloren hätte. Die inneren Organe waren vollständig gesund, die Gefässe sehr wenig atheromatos. Die Kur bestand in grossen Dosen Jodkali, wobei Patient nach einem halben Jahre vollständig genas. Der letzte Fall Men. del's betrifft einen 55jährigen Mann, bei dem der apoplectische Insult ein halbes Jahr nach der syphilitischen Infection eintrat; nach langdauernden Kopfschmerzen trat plötzlich Bewusstseinsverlust ein, aus welchem eine linksseitige Hemiplegie resultirte. Doch will Mendel in diesem Falle nicht mit Sicherheit behaupten, dass die Syphilis die Ursache der Hemiplegie gewesen, da das vorgerückte Alter leicht die alleinige Ursache für die Veränderung der Gefässe abgeben konnte.

Im Laufe der Sommer-Saison 1895 und 1896 hatte ich Gelegenheit, in Pjatigorsk zwei Fälle von frühzeitiger Hemiplegie zu beobachten. Ausserdem will ich kurz die Krankengeschichte eines Kranken Z. D. anführen, der früher schon eine solche frühzeitige Hemiplegie durchgemacht hatte. Letzterer ist eine intelligente Persönlichkeit und verdient vollstes Vertrauen.

Fall 1. S.P., 34 Jahre alt, unverheirathet. Der Vater des Kranken, 65 Jahre alt, sowie die Mutter, 60, sind vollständig gesund; Geschwister sowie nahe Verwandte des Kranken haben an keinen Nerven- oder psychischen Krankheiten gelitten.

In der Kindheit machte Patient Masern, Scharlach und Pocken durch. Von früh auf bis in die letzte Ze't zeichnete sich Patient durch in sich gekehrtes Wesen aus und führte ein zurückgezogenes Leben, hatte keine Freunde, doch erwarb er sich auch keine Feinde. In der geistlichen Schule, die er besuchte, sowie im Seminar interessirte er sich mehr für Sprachen, Geschichte und Philosophie, als für mathematische Wissenschaften. Im Allgemeinen erfreute er sich einer guten Gesundheit, Alcohol gebrauchte er nie in grossen Dosen, Onanismus hat er nie getrieben. 23 Jahre alt, begann er geschlechtlichen Verkehr zu pflegen, mit 24 machte er eine Urethritis durch, nach welcher eine Verengerung der Harnröhre zurückblieb.

Am 29. September 1894 übte P. den Coitus mit einem in Bezug auf seine Gesundheit verdächtigen Frauenzimmer aus; uach 11 Tagen trat ein Schanker auf und darauf Anschwellung der Lymphdrüsen. Im December desselben Jahres begann er eine Kur bei einem Specialisten und erhielt 55 Quecksilberinjectionen und 30 Jodquecksilberpillen. Nach einer kurzen Unterbrechung erhielt er weitere 25 Injectionen und eine neue Dosis der

¹⁾ E. Mendel: Die im höheren Lebensalter erworbene Syphilis und die Krankheiten des Nervensystems. Dermatolog. Zeitschrift. Bd. I, X. Tn., 1891.

erwähnten Pillen. Ausserdem nahm P. während der Dauer seiner Kur 2,5 Unzen Jodkali. Im Januar 1895 traten Kopfschmerzen und Sausen in einem Ohre auf. Die Schmerzen begannen in dem einen Stirnbeinhöcker, darauf gingen sie in den anderen über, dem Laufe des sinus longitudinalis folgend, weiterhin quer durch den Kopf nach dem Laufe des sinus transversus, von wo sie auf den Halstheil des Rückenmarkes übersprangen, wo sie aufhörten. Zu gleicher Zeit empfand P. fliegende Schmerzen im linken Ellbogengelenk, im Verlaufe des n. ischiadicus und im Knie.

Am 21. Mai 1895, also 7 Monate nach dem Auftreten des Schankers, kam P. um 11 Uhr Abends nach Hause und schlief ruhig ein. Als er am nächsten Morgen um 9 Uhr erwachte, war er erstaunt zu bemerken, dass er die rechten Extremitäten nicht bewegen könne. Er versuchte zu sprechen und bemerkte, dass auch hier nicht alles in Ordnung sei und bald musste er bemerken, dass das Gesicht schief verzogen und das rechte Auge ungewöhnlich weit offen sei. Vollständige Paralyse der Extremitäten war nicht eingetreten, doch konnte P. nicht gehen, die Hand nicht zum Munde führen - von complicirteren Bewegungen schon gar nicht zu reden. Die Zunge war nach links abgewichen. Kopfschmerzen waren nicht vorhanden, auch konnte P. keine Störungen der Sensibilität bemerken. nächsten Tage konnte P. sich aus dem Bette erheben und, mit der gesunden Hand sich an den Gegenständen festhaltend, bis zum Tische fortbewegen. Am 3 Tage konnte er schon im Zimmer umhergehen, ohne sich an etwas zu halten, dabei hing der kranke Arm schlaff herab, die Finger in Flexiousstellung gebeugt; die Sprachstörung dagegen war verschwunden. Am 5. Tage konnte P. schon recht gut gehen und mit dem Arm grobe Bewegungen ausführen - schreiben konnte er noch nicht. Am 13.-14. Tage konnte er mit grosser Mühe schreiben und ging am 15. in die Schule, um Urlaub zu erhalten. In Pjatigorsk wandte er sich an Prof. Kowalewsky, wo ich ihn beobachtete.

Bei der Untersuchung am 24. Juni 1895 wurde gefunden:

P. ist von mittlerem Wuchse, schwächlich gebaut, mässig genährt. Der Körper schwach behaart. Auf der Haut viele Muttermale. Knochensystem regelmässig formirt, seine einzelnen Theile proportional entwickelt. Die Inguinal-, Achsel- und Halslymphdrüsen vergrössert. Keine Periostitiden. Am Ende des Penis eine atrophische Narbe, ein Ueberrest des harten Schankers. Auf den Gaumenbögen eine characteristische Röthung. Das rechte Auge ist etwas mehr geöffnet als das linke in Folge unbedeutenden Niederhängens des unteren Lides. Die Pupillen ungleichmässig gross, reagiren gut auf Licht und Accomodation. Der rechte Mundwinkel etwas herabhängend, die Nasolabialfalte verstrichen; der Kranke ist nicht im Stande zu pfeifen. Die Zähne sind gesund, die Zunge zittert leicht, weicht aber fast gar nicht nach der Seite ab. Die Kraft der rechtenHand ist geringer als die der linken. Die Handschrift ungleichmässig, dabei erklärt P., dass sie sich seit dem Schlaganfall sehr verändert habe. Lange zu schreiben ist er nicht im Stande, da die rechte Hand bald ermüdet. Knie- und Achillessehnenreflexe der rechten Seite erhöht, Abdominal- und Cremasterreflexe normal; die Cubitalreflexe der rechten Seite erhöht, ebenso die Maskelreflexe, wobei bei der Prufung der Muskelreflexe des rechten

Digitized by GOOGLE

Armes und der entsprechenden Brusthälfte deutlich ausgesprochene idiomuskuläre Anschwellung sichtbar wird. Alle Arten der Sensibilität in den Grenzen der Norm.

Bei der Percussion der Brust heller percutorischer Schall, bei der Auscultation vesiculäres Athmen. Die Herzgrenzen normal, die Herztöne rein, der Puls bedeutend beschleunigt, 120 in der Minute. Die Temperatur des Körpers 37,1°. Die Leberdämpfung beginnt in der Mammillarlinie an der 5., in der Axillarlinie an der 7. Rippe, der untere Rand reicht nicht über die falschen Rippen hinaus. Die untere Magengrenze reicht fast bis zum Nabel. Die Grenzen der Milz oben 9., unten 11. Rippe. Von Seiten der Sinnesorgane nichts Anormales P. ist ein wenig erregt, regt sich beim Gespräche mit dem Arzte auf, in den Augen ersebeinen oft Thränen, welche schnell verschwinden, da P. leicht vom Weinen zum Lachen übergeht. Im Allgemeinen sind von Seiten der Psyche keine Störungen zu bemerken.

Dem Kranken wurde verordnet: Einreibung von Quecksilbersalbe 2,0 pro die; Natrium jodatum in Lösung anfangend mit 2,0 pro die; Sabane jeff'sche Bäder bei einer Temperatur von 28° C. Thermokauterisation ad nucham und Galvanisation (Anode) der oberen Hals-Sympathicusganglien. Im Laufe der Zeit wurde die Temperatur des Bades bis 29° C. erhöht, die Menge des gebrauchten Jodnatriums auf 3,0 pro die. Diese Kur machte Patient während 40 Tagen durch und erholte sich so weit, dass er sich für gesund hielt. Alle Folgen des Schlaganfalles verschwanden, Patient wurde vollständig ruhig; der Puls gleichmässig 75—80 in der Minute.

Fall 2. Patient B. G., 39 Jahre alt, Beamter. Der Vater des Kranken starb 73 Jahre alt. war Alcoholiker. Die Mutter des Patienten ist 70 Jahre alt und vollständig gesund. Patient hatte 3 Geschwister. Eines davon starb in der Kindheit, ein Bruder leidet am Herzen in Folge von acutem Gelenkrheumatismus, eine Schwester ist vollständig gesund. Nerven- und Geisteskrankheiten sind in der Verwandtschaft des Kranken nicht vorgekommen. Soweit sich Patient erinnern kann, war er in der Kindheit gesund, lernte recht gut und war nur in Folge häuslicher Umstände gezwungen, aus der vierten Klasse des Realgymnasiums auszutreten. Er war ein fleissiger und gehorsamer Knabe; nur zuweilen liess er sich selbst durch geringfügige Ursachen zu grosser Heftigkeit hinreissen. Auch über die Pubertätszeit hinaus war sein Gesundheitszustand ein vollständig befriedigender. Anfang April 1894 bemerkte er auf seinem Gliede eine Wunde. Er wandte sich deswegen an einen Specialisten, der dieselbe für einen weichen Schanker erklärte und dem Patienten sagte, sie hätte nichts mit der Syphilis gemein. Eine antisyphilitische Kur wurde nicht vorgenommen, die Wunde verheilte bald and Patient fühlte sich bis zum 25. August desselben Jahres, abgesehen von unbedeutenden Kopfschmerzen, recht wohl. Um 9 Uhr Morgens desselben Tages bemerkte er ein Zittern der Hände; er ging nach Hause, wobei er unterwegs bald umfiel. Nachdem er ein wenig im Bette gelegen hatte, erhob er sich und bemerkte dabei eine Schwäche der linken Extremitäten, doch hinderte dieselbe lin nicht, bis zum Abend umherzugehen. Um 10 Uhr legte er sich zu Bett und erwachte Nachts mit einer vollständigen Paralyse der linken Extremi-

täten, Störung der Sprache und des Schluckens. Am 2. September fuhr Patient nach Charkow und trat in eine der dortigen Kliniken ein. der Untersuchung daselbst fanden sich Roseolæ in grosser Menge. wurden darauf 30 Quecksilbereinreibungen gemacht und Jodkali gegeben. Am 25. October konnte Patient mit fremder Hulfe die ersten Gehversuche machen; im November kounte er schon mit Hülfe eines Stockes umbergehen. Die Bewegung des Armes kehrte noch früher zurück und einen Monat nach der Erkrankung konnte Patient schon die Hand bewegen. Im December erhielt Patient noch 24 Einreibungen und im Januar 1395 13 Injectionen. Im Ganzen wurden ihm bis zum heutigen Taze 30 Frictionen und 106 Injectionen von Quecksilber gemacht. Ausserdem verbrauchte Patient 22 Pfund Zittmann'schen Decoctes und grosse Mengeu Jodnatriums. Augenblicklich leidet Patient au Schwerzen, die an verschiedenen Theilen des Körpers auftreten. Diese Schmerzen sind nicht sehr anhaltend, sie treten auf und verschwinden, um nach 1-2 Stunden wieder zu erscheinen. schlimmsten fühlt sich Patient Morgens. Häufig Verstopfung, ausserdem beobachtet Patient eine gewisse Schwäche des Gedächtnisses. syphilitischen Infection wurden dem Patienten 3 Kinder geboren, welche leben und gesund sind, nach der Infection wurden keine mehr geboren. Patient sagt, dass seit dem Auftreten der Paralyse sein Character und seine Gemüthsverfassung sich bedeutend geändert hätten: "ich wurde wie umgewandelt".

Die objective Untersuchung ergab: Patient ist von kleinem Wuchse, mit kurzen Beinen und verhältnissmässig langem Oberkörper. Sehr gut genährt. Der Körper ist schwach behaart; auf dem Hinterhaupte eine bedeutende Glatze. Auf der Haut keine atrophischen Narben; die Lymphdrüsen am Halse und in der Inguinalgegend leicht geschwollen. Die Pupillen gleichmässig erweitert, rund; primäre und secundäre Reaction auf Licht und Accomodation normal. Die Zunge zittert leicht fibrillär und ist ein wenig nach links abgewichen. Die Uvula normal gestellt. Auf dem Gaumen keine Narben. Die Zähne fast alle gesund. Die inneren Organe in den Grenzen der Norm; die obere Herzgrenze an der dritten Rippe, links geht die Grenze fast bis zur Mamillarlinie, rechts bis zur parasternalen. Die obere Lebergrenze beginnt in der Mamillarlinie an der 6. Rippe, in der Axillarlinie an dem unteren Rande der 7. Die untere Grenze reicht nicht über den Rippenbogen hinaus.

Bei der Percussion der Lungen heller percutorischer Schall, die Auscultation ergiebt vesiculäres Athmen. — Die Kniereslexe stark erhöht, besonders links, ebenso der Achillessehnenreslex. Cremasterreslex fehlt. — Die vasomotorischen Reslexe erniedrigt. Die rohe Kraft der linken Extremitäten gesunken; Patient lahmt ein wenig beim Gehen; auf dem Stuhle sitzend, kann er nicht das linke Bein über das rechte schlagen. Schlafund Appetit gut.

Fall 3. Z. D., 59 Jahre alt, leidet gegenwärtig an einer Krankheit des Rückenmarkes, welche am meisten der Erb'schen spinalen Lähmung entspricht. Patient acquirirte Syphilis vor 27 Jahren. Trotz einer eingeschlagenen Quecksilberkur erschien 2-3 Monate nach der Infection, ohne dass "Schlaganfall" und Bewusstseinsverlust mit einhergingen, eine links-

Digitized by GOOGLE

seitige Parese der Extremitäten und des Gesichtes. Z. D. liess sich darauf von einem Specialisten behaudeln, welcher, als Ursache der Paralyse Syphilis ansehend, ihm eine energische specifische Kur verordnete, worauf Patient bald vollständig hergestellt wurde.

Indem wir nun alle angeführten Fälle betrachten, erweist es sich, dass sie einige Besonderheiten zeigen, welche sie von den Hemiplegien aus anderen ätiologischen Ursachen unterscheiden.

Die Personen, welche von Hemiplegie za einer frühen Periode der Syphilis befallen werden, sind gewöhnlich junge*) Leute im Alter von 25-30 Jahren und leiden ausser der Syphilis an keiner anderen Krankheit. Einige von den Kranken, nachdem sie sich inficirt hatten, curirten sich nachlässig oder ungenügend; dagegen giebt es auch solche Fälle, wo die Hemiplegie trotz energischer specifischer Behandlung eintrat. So in dem Falle Gailkie wicz gebrauchte der Kranke N. N., nachdem er sich im Januar inficirt hatte, Jodnatrium und liess sich 40 Quecksilbereinreibungen machen und nichtsdestoweniger wurde er am 2. September desselben Jahres von der Apoplexie betroffen. Unserem Kranken wurden im Laufe der 7 Monate, die zwischen der Infection und der Paralyse vergingen, 60 Quecksilberinjectionen gemacht und ausserdem verbrauchte er 60 Jodquecksilberpillen und 2,5 Unzen Jodnatrium. Wodurch sich dieses erklärt, ist, bei dem geringen Material an Beobachtungen, schwer zu sagen.

Dem apoplectischen Anfall gehen einige Vorboten voraus, unter denen fast in allen Fällen die Kopfschmerzen betont werden. Zuweilen wird ein Zustand der Aufregung beobachtet, welche bei einem Kranken von Gros und Lancereux den Zustand meniakalischer Agitation erreichte. Der Eintritt der Paralyse wird gewöhnlich nicht von den stürmischen Erscheinungen begleitet, welche in anderen Fällen von Apoplexie beobachtet werden. Fournier**) sagt, dass in diesen Fällen ein eigentlicher Schlaganfall nicht stattfindet, sondern dass sich die Paralyse allmählich im Laufe eines oder zweier Tage entwickelt. Wie wir gesehen haben, ist dies durchaus nicht die Regel; in einigen Fällen tritt die Hemiplegie schuell und unter Bewusstseinsverlust ein; im Falle Knorre's dagegen entwickelten sich die paralytischen Erscheinungen im Laufe eines Monats; aber dieser letztere Fall hat augenscheinlich eine andere anatomische Grundlage und stellt eigentlich nicht sowohl eine Hemiplegie dar als eine Monoplegie.

Am häufigsten ist die Hemiplegie keine vollständige, aber es werden auch Fälle von vollständiger Paralyse beobachtet. Was de pathologischanatomischen Veränderungen anbetrifft, auf denen die bei Lebzeiten beobachteten Erscheinungen beruhen, so giebt es genaue Daten über diesen Punkt nicht und es lässt sich darüber nur in Form von Vermuthungen sprechen. Vor allen Dingen müssen wir hier den Fall Knorre's abtrenuen. In diesem Falle handelte es sich wahrscheinlich um ein Gumma, wofür die

**) L. c. Leçons sur la syphilis 1879.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Mai-Junl-Heft 1897.

^{*)} Eine Ausnahme davon machen die beiden Kranken Mendel's, aber in Bezug auf einen von ihnen sagt Mendel selbst, dass hier als Ursache der Veränderung der Gefässe eher das Alter aufzufassen ist als die Lues.

langsame Entwicklung und der monoplegische Character der paralytischen Erscheinungen sprechen.

Von allen Kranken, die an frühzeitiger syphilitischer Hemiplegie erkrankten, kam nur ein Fall von Gros et Lancereux (Brollard) zur Section, wobei im Gehirn nichts Auormales gefunden wurde. Was die anderen Fälle anbetrifft, so sind alle Autoren der Meinung, dass es sich bei den betreffenden Kranken um Veränderungen in den Gefässen gehandelt habe. Nach den Arbeiten von Heubner*), Wysokowicz**) u. A. ist die Frage nach der Erkrankung der Hirugefässe unter dem Einfluss der Syphilis ausser allen Zweifel gestellt. Ob die Gefässe des Gehirns zu einer frühen Periode der Syphilis ernstlich erkranken können, kann wohl zugegeben werden, wenn man die Beobachtung Braul t's ***) im Jahre 1878 in Betracht Er untersuchte das Gehirn eines 22jahrigen jungen Mannes, welcher im März einen Schanker acquirirte und im December desselben Jahres nach einem apoplectischen Insult verstarb. Bei der Section wurde ein hämorrhagischer Herd gefunden, welcher das ganze mittlere Drittel der Basis, sowie die Variolsbrücke einnahm und in die Sylvi'sche Furche eindrang. Die Wand der carotis interna sinistra war verdickt; diese Verdickung ragte in das Lumen der Arterie binein, unterhalb derselben befand sich ein Biss in der Wand der Arterie.

In diesem Falle war die Gefässwand 9 Monate nach der Infection soweit verändert, dass sie riss, während an einer anderen Stelle derselben sich eine pathologische Verdickung der Wand befand. Letztere kann durch Verengerung des Gefässlumens die Thrombenbildung erleichtern. Wenn das Gefäss, welches ein motorisches Rindengebiet oder die darunter liegenden Theile ernährt, thrombosirt wird, wobei der Blutumlauf nicht gleich hergestellt werden kann, so entwickeln sich paralytische Erscheinungen in dementsprechenden Theilen des Organismus. Durch Thrombosirung eines Gefässes erklärten wir auch die Hemiplegie in unserem Falle und auf die gleiche Weise können noch einige der beschriebenen Fälle erklärt werden. Freilich kann die Wahrscheinlichkeit eines Blutergusses nicht vollständig geleugnet werden; zuweilen kann man letzteren mit mehr Wahrscheinlichkeit voraussetzen, als eine Thrombose.

Alle Autoren wandten in ihren Fällen antisyphilitische Kur an — Jod und Quecksilber; auch wir benutzten letztere und fügten noch die Galvanisation am Halse hinzu, angesichts einiger Symptome, welche auf eine Störung des Blutumlaufes im Gehirn hinwiesen. Bei unseren Patienten gab die Kur günstige Resultate. Ueberhaupt verläuft die Hemiplegie zu einer frühen Periode der Syphilis verhältnissmässig günstig und Fournier sagt, dass bei allen seinen derartigen Kranken die Heilung im Laufe einiger Wochen eintrat.

Es darf aber nicht vergessen werden, dass der Kranke Gaikiewicz's N. N. nach einer vierjährigen energischen Kur bloss einigermassen

^{*)} Heubner: Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterieu. 1874.

***) Wysokowicz: Ueber die Erkrankungen der Blutgefässe bei Syphilis. 1882.

^{***)} Leçons de clinique médicale. Paris 1892.

hergestellt war und dass bei dem Patienten von Gros et Lancereux M. H. auf den ersten Insult nach einem Monat ein zweiter folgte, nach welchem die Krankheit, sich ständig verschlimmernd, tödtlich endete.

Bei der Prognose muss man daher in jedem einzelnen Falle streng individualiziren, im Allgemeinen aber, soweit es die angeführten Beobachtungen zeigen, kann die Prognose bei der Hemiplegie zu einer frühen Periode der Syphilis günstig gestellt werden.

II. Original-Vereins-Bericht.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 8. März 1897.

Vor der Tagesordnung:

186) Remak: Krankenvorstellung.

Die jetzt 32jährige Patientin wurde ihm kürzlich zugeführt mit einem Zettel, in dem sie aufgeschrieben hatte, dass sie am 3. November 1896 einen Schlaganfall mit Lähmung des rechten Arms und Beins, sowie der Sprache erlitten hätte. Vor 8 Jahren habe sie einen ähnlichen Anfall gehabt, wobei die linke Seite gelähmt und das Gesicht verzerrt gewesen sei. Damals wäre sie vollständig in seiner Behandlung geheilt worden. Vor 2 Jahren sei ebenfalls ein Schlaganfall aufgetreten; die Besinnung sei mehrere Tage ansgeblieben, ohne dass Lähmungserscheinungen stattgefunden hätten. Bei der Patientin, die ein gutes Allgemeinbefinden zeigt, ist eine leichte Parese der rechten Seite vorhanden. Auffällig ist aber, da's die Sehnenphänomene ganz gleich waren. Im Bereich des Facialis schien man ein leichtes Hängen des rechten Mundwinkels zu bemerken. Bei weiterem Oeffnen des Mundes ist die linke Nasolabialfalte etwas mehr ausgeprägt. Augenschluss rechts etwas weniger kräftig. Das rechte Auge kann sie allein nicht znmachen. Wenn sie bläst, wird die rechte Backe mehr emporgebläht als die linke. Beim weiten Ausstrecken der Zunge deviirt diese eine Spur nach rechts. Sie war nicht im Stande, sich verständlich zu machen, nur einzelne wenige Worte hatte sie wiederbekommen; dagegen verstand sie alles, kam Aufforderungen nach und wenn man sie schreihen liess, that sie es etwas ungelenk, aber ganz correct, nur ist die Handschrift verändert, hat einen kindlichen Character bekommen und ist sehr grossspurig geworden. Die Lähmung war diesmal, wie noch gesagt wurde, über Nacht aufgetreten. Die Spruchlosigkeit hatte bereits 3 Monate angehalten. Es war nun die Frage, ob es sich um einen seltenen Fall von reiner motorischer Aphasie handelte oder ob eine rein functionelle hysterische Affection vorlag. Vor 8 Jahren kam sie mit linksseitiger Facialisparalyse, welche sie seit 7 Tagen zweifellos durch Erkältung acquirirt hatte, zum Vortragenden. Die Lähmung hatte mit Geschmacksstörung auf der linken Hälfte der Zunge begonnen. Patientin ist damals in 4 Wochen geheilt worden. Dadurch fiel ein gewisses Licht auf die Erscheinungen, die sie jetzt darbietet. Es ist ja bekannt, dass auch nach mittleren Formen der Facialislähmungen leichte Contracturen

164

zurückbleiben. Die linke Nasolabialfalte vertieft sich dadurch. In Folge davon wird die rechtsseitige Facialisparese etwas zweiselhaft. Es bleibt das stärkere Emporblähen der rechten Wange und die Unfähigkeit, das rechte Auge zu schliessen. In Bezug auf den zweiten Anfall erhiel: R. von dem sie damals behan leinden Collegen die Mittheilung, dass ein apoplec-Wegen eines Geränsches am Herzen tischer Insult angenommen wurde. blieb die Diagnose Embolia cerebri offen. Nach 1 Wochen sei sie geheilt gewesen. Jedenfalls ist die Sprache bis zum neuen Schlaganfall ganz normal geblieben. Nun ist es interessant, in welcher Weise sich die Sprachstörung unter wesentlich suggestiver Behandlung und gleichzeitiger Anwendung des galvanischen Stromes zurückgebildet hat. Sie ist jetzt im Stande, schon grössere Sätze auszusprechen. Es zeigt sich dabei ein systematischer Zuerst werden die Vocale undeutlich lautirt. Besondere Schwierigkeiten hat sie beim Aussprechen gewisser Consonanten, z. B. des s. Beim Sprechen macht sie unzweckmässige Bewegungen mit dem Munde. Sprache hat einen häsitirenden Character; es werden meist einige fruchtlose Bewegungen gemacht, ehe ein Wort nachgesprochen wird. Das e und a wird bei laryngoscopischen Untersuchungen ohne Anstoss ausgesprochen Beim Flüstern ist die Sprache unverändert. Einzelne Laute werden gar nicht oder entstellt herausgelracht in der Weise, wie man es als Stammeln bezeichnen kann. R. fährt dann fort, dass bestimmte hysterische Stigmata nicht nachzuweisen seien. Trotzdem glaube er, dass, obwohl keine hysteroepileptischen Anfälle, keine Spur von Hemianasthesie, Ovarie. Einschränkung des Gesichtsfeldes vorläge, man es doch mit der Restitution einer hysterischen Aphasie und hysterischem Mutismus zu thun habe. Wir könnten sonst pur annehmen, dass es sich um eine subcorticale motorische Aphasie handelte, aber gerade die schnelle Besserung spreche dagegen. Von Interesse sei, wie der hysterische Mutismus sich herstelle.

Tagesordnung.

187) Jacobson: Ein Fall von Tumor der innereu Kapsel. (Autoreserat.)

(Mit Demonstration von Präparaten.)

Der Fall betrifft eine 5jährige Patientin, welche aus gesunder Familie stammt und welche im Alter von ca. 3 Jahren mehrere schwere Krankheiten (Keuchhusten, Bauchfellentzundung, Masern und Lungenentzundung) durchzumachen hatte. Im Laufe dieses ein Vierteljahr lang bestehenden Krankenlagers und noch nachher bildete sich bei der Patientin ganz allmählich eine spastische Parese der linken Körperhälfte heraus, die mit einer Herabsetzung des Gesühls auf der gleichen Seite verbunden war. waren Bewusstlosigkeit und Krämpfe während der ganzen Krankheit nicht beobachtet worden. Die subjectiven Beschwerden der Patientin während der ganzen Zeit waren ausserordentlich gering, bestanden in gelegentlich auftretenden Kopfschmerzen, nur in letzter Zeit sind alle paar Tage wiederkebrende Anfälle aufgetreten, in denen das Kind plötzlich blass und hinfällig wurde, die aber nach knrzer Zeit wieder vorübergingen. Bei der objectiven Untersuchung wurde ausser der Hemiplegie der linken Körperhälfte eine Nackensteifigkeit links und eine erhebliche Vergrösserung des Besonders hervorgehoben zu Kopfes im Breitendurchmesser constatirt.

werden verdient, dass im Verlaufe der Krankheit einmal auf verhältnissmässig kurze Zeit, als das Kind in Behandlung des Herrn Prof. Oppenheim stand, die ersten Anfänge einer Stauungspapille festgestellt wurden, die nachher wieder zurückgingen, um später, als Patientin in Behandlung des Vortragenden stand, nicht wieder aufzntreten. Patientin ging an einer acuten fieberhaften Erkrankung zu Grunde. Wegen des Fehlens von Bewasstlosigkeit und Krämpfen wurde als Sitz der Affectiou nicht die Rinde, sondern der hintere Schenkel der inneren Kapsel angenommen, und wegen der ansserordentlich geringen subjectiven Beschwerden und des Fehlens der Stauungspapille neigte Vortragender sich mehr dem Erweichungsherde als dem Tumor zn. Die Section ergab eine Verdunnung des ganzen Schädeldaches und Ausweitung desselben, sodann eine Volumenzunahme des Gehirns, welche durch das Vorhandensein von 2 Tumoren belingt war; ein Tumor von ungefähr Daumengrösse sass in der linken Kleinhirnhemisphäre. welche er von aussen eingedrungen war, und der andere von Kleinapfelgrösse hatte den ganzen rechten Liusenkern eingenommen, hatte den hinteren Schenkel der inneren Kapsel mit Ausnahme deren hinterer Partie durchdrungen und noch den vorderen der äusseren Thalamuskapsel zerstört. Von secundären Veränderungen wurden bei der microscopischen Untersuchung des Gehirns eine absteigende Degeneration der Pyramidenbahn bis Rückermark und eine weniger stark ausgeprägte absteigende Degeneration der Schleisenbahn bis zu den Kernen der Medulla oblongata constatirt. Ausserdem war das Mark ausserhalb der Centralwindungen der rechten Hemisphäre degenerirt und die rechte hintere Centralwindung in ihrer ganzen Ausdehnung über der convexen Oberfläche sehr stark in ihrem Breitendurchmesser von vorn nach hinten verschmälert. Ein Hydrocephalus von irgendwie nennenswerthem Grade war nicht vorhanden gewesen. Die Vergrösserung des Schädelraums war also allein durch die Volumenzunahme des Gehirns in Folge der beiden Tumoren erfolgt; das gegen das Schädeldach andrängende Gehirn hatte die Knochen desselben verdunnt und dadurch die Elasticität derselben noch mehr erhöht, so dass sich dieselben stark ausgebogen hatten. Durch diese Erweiterung des Schädelraums sei es zu keiner erheblichen jutracraniellen Drucksteigerung gekommen und daraus erkläre sich, warum das Kind während der ganzen Krankheit so wenig subjective Beschwerden gehabt hatte und auch das objective Symptom der Drucksteigerung, die Stauungspapille, gefehlt habe. Letztere sei, als der Druck einmal etwas stärker geworden, nur in ihren ersteu Anfangs. erscheinungen während kurzer Zeit beobachtet worden, dann aber wieder rurtickgegangen, um bis zum Tode nicht wieder aufzutreten. Dieser Fall sei demgemäss denjenigen Fällen analog, in welchen ein Zurückgehen der Stauungspapille nach Trepanation des Schädels beobachtet wurde und stimme mit dem von Bruns mitgetheilten Falle überein, in welchem eine Trepanation gerade an derjenigen Stelle des Schädels gemacht wurde, an welcher der Tumor sass. Die Schlussfolgerungen, welche Bruns daran knupft, hält J. nicht für beweiskräftig. Bruns meinte nämlich, dass, obwohl in seinem Fall keine Lymphflüssigkeit aus der Trepanationsöffnung floss, der Schädelraum vom Drucke aber entlastet und ein Zurückgehen der Stanungspapille beobachtet wurde, darin ein unumstösslicher Beweis zu Digitized by GOOGLE sehen sei, dass die Stauungspapille bei Tumoren einzig und allein vom erhöhten intracraniellen Drucke verursacht sei. Die Stanung der Lymphflüssigkeit, in welche ja die hypothetischen vom Tumor herstammenden Toxine übergehen sollen, kommen doch dadurch zu Stande, dass durch den erhöhten intracraniellen Druck (in Folge des Tumors) die Abflusswege der Lymphe zum grossen Theil verlegt werden. Dadurch stauen sich auch die Toxine im Schädelraum en und gelangen durch die Communication des Subarachnoidealraums mit dem Subvaginalraum des Sehuerven an die Papille, an welcher sie in Folge ihres Reizes die bekannten während des Lebens zu beobachtenden Erscheinungen hervorrufen. Umgekehrt wird nun die Lymphflüssigkeit, wenn der intracranielle Druck verringert oder ganz aufgehoben wird und damit die Abflusswege wieder freier werden, auf den natürlichen Wegen aus dem Schädelraum abgehen, und die hypothetischen Toxine, welche in ihr enthalten sind, haben keine Gelegenheit mehr, sich im Schädel anzuhäufen und an die Papille zu gelangen. Kommt aber an die letztere der Reiz nicht mehr heran, so läuft die Entzundung. weil sie keine neue Nahrung mehr erhält, ab, und die Staungspapille geht zurück.

Was die anatomischen Veränderungen anbetrifft, so geht Vortragender nur auf die Verschmälerung der rechten hinteren Centralwindung ein, da ja die anderen (Degeneration der Pyramiden- und Schleisenbahn) sich von selbst erklären. Die Verschmälerung der hinteren Centralwindung hält J. nicht durch den Druck der Geschwulst in der inneren Kapsel herbeigesührt, sondern er glaubt, dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen sei, dass diese Verschmälerung durch die vollständige Zerstörung des Linsenkernes verursacht sei. Indem bei den in der Litteratur verzeichneten Fällen, in denen die Schleisenbahn im Thalamus getroffen wurde, eine Verschmälerung der hinteren Centralwindung nicht bestanden, sei es wohl möglich, dass ein Theil der Schleisenbahn ausser im Thalamus noch eine letzte Station im Linsenkern mache und dass mit Zerstörung dieser letzten Station ein vollkommener Ausfall dieser Fasern eingetreten sei, welche zur Verschmälerung der hinteren Centralwindung geführt habe.

Discussion.

Oppenheim erinnert sich des Falles sehr wohl; er hat ihn damals interessirt, weil die Stauungspapille sich trotz Wachsthums des Tumors spontan zurückgebildet hat. Das sei ein ungewöhnlich seltenes Vorkommniss. Dasjenige, was am meisten für die mechanische Theorie der Stauungspapille spreche, sei der Umstand, dass sie sich nach Eröffnung des Schädels so schnell zurückbildet. Das sei doch wohl kaum durch die Annahme zu erklären, dass toxische Substanzen im Spiele seien.

Schuster hat vor einigen Monaten bei Prof. Mendel einen ähnlichen Fall gesehen, wobei die Stauungspapille ebenso verschwand. Es war eine junge Dame, die die Zeichen eines Hirntumors darbot: Brechen, Stauungspapille, ab und zu Unsicherheit beim Gehen, jedoch keine ausgesprochenen Localsymptome. Sie bekam eine Schmierkur, dann Jod in grossen Dosen nach Wernicke. Es verschwanden danach nicht nur die Kopfschmerzen, sondern auch die Stauungspapille, was Geh. Rath Prof.

Hirsch berg bestätigte. Vor 2 Monaten wurde S. wegen heftiger Kopfschmerzen plötzlich zu ihr gerufen. Bei der Augenuntersuchung fand sich ausgeprägte Neuritis optica ohne Prominenz. Sie starb 3 Stunden darauf. Bei der Section stellte sich in der hinteren Schädelgrube links eine mindestens hühnereigrosse Geschwulst heraus. Es zeigten sich absolut keine Veränderungen, die auf eine Einwirkung des Jods zurückzuschieben waren. Es handelte sich um ein Gliom. Es drückte gerade auf die Stelle, wo der sinus rectus in den sinus transversus einmündet.

Goldscheider: Gewiss sei bei der Stauungspapille noch manches räthselhaft. Es komme häufig vor, dass in Fällen, wo die allgemeinen Druckerscheinungen sehr eclatante sind, keine Stauungspapille vorhanden ist. Was den Wechsel derselben bei Hirntumoren betreffe, so habe er in letzter Zeit auch einen sehr merkwürdigen Fall derart beobachten können. Zunächst ging sie nach spinaler Punction zurück. Nachher bildete sie sich wieder, ging dann aber spontan zurück. Dann bildete sie sich noch einmal, um wiederum zu verschwinden.

Greeff: Die klinische Beobachtung spreche dafür, dass es sich um eine rein passive Stauung handelt. Wenn wir eine Neuritis des Sehnervenkopfes finden, ist das Auge sehwer geschädigt. Wir können aber wochenlang die colossalste Stauungspapille beobachten, ohne dass das Gesichtsfeld im geringsten eingeschränkt ist, bei voller Sehschärfe. Das spricht für Stauung.

Jolly richtet an den Vortragenden die Frage, ob die Bezeichnung des Tumors als eines der inneren Kapsel in dem Sinne gemeint ist, dass von dort ausgegangen oder speciell für die Functionen der inneren Kapsel in Betracht käme.

Jacobson: Bezüglich der Stauungspapille stimmt er Herrn Greeff zu, dass die Entscheidung von der genauen Beobachtung des Anfangsstadiums abhängt, denn später vermischten sich Stauung und Entzündung so, dass keine Entscheidung mehr möglich wäre. Bezüglich der Benennung habe er natürlich nur den Ort bezeichnen wollen, dagegen den Ausgangspunkt des Tumors nicht bezeichnen können. Der ergab sich nicht mit Bestimmtheit. Im Uebrigen wolle er noch nachholen, dass beide Tumoren Solitärtuberkel waren.

188) Pollack: Musikalisches Gedächtniss.

Der Vortragende erwähnt zunächst die Gedächtnissarbeit, die z. B. bei den Schachspielern (Blind- und Simultanspieler) in Action tritt, ferner die Thätigkeit des Rechenkünstlers und geht dann auf das musikalische Gedächtniss selbst über. Im Gegensatz zum Durchschnittsmenschen merke sich der Musiker ein Stück beim ersten Anhören zunächst dadurch, dass er sofort die Tonart feststelle; ohne diese sei eine absolut genaue Aufnahme des Gehörton nicht gut möglich. Unter Umständen würden gewisse Mittel zu Hilfe genommen, wie die "audition colorée", wobei sich die Empfindung einer bestimmten Farbe mit dem Gehörten verbinde. Der Musiker sehe aber zugleich beim Anhören die Noten gleichsam gedruckt vor sich, so dass also ausser dem Gehör noch eine visu-lle Thätigkeit dabei vorhanden sei. Beim Anhören wie beim Reproduciren sei-noch ein

Digitized by GOGIC

Organ betheiligt: indem man nämlich innerlich mitsinge, trete der Kehlkopf resp. der peripherische Gesangapparat in Function, die Innervation desselben sei stets vorhanden, auch wenn keine Laute producirt würden. Ein ferneres Hilfsmittel stellt der Rhythmus dar; jede rhythmische Musik, z. B. ein einfacher Walzer bleibe leichter im Ohr, als die zunendliche Melodie" Wagner's.

Die Frage der Feststellung der Leistungsfähigkeit der einzelnen Individuen sei schwer zu lösen; man könne eventuell daran denken, nach dem Vorgang Eb binghaus-Kräpelin's, statt der Silben und Zahlen Noten zu setzen (und zwar sowohl ganz sinnlos und unrhythmisch wie logisch und rhythmisch) und nur die entsprechenden Prüfungen in Bezug auf Uebungsfähigkeit, Ermüdbarkeit etc. zu machen.

Der Vortragende wendet sich dann zur Localisation des musikalischen Gedächtnisses in cerebro. Man dürfe wohl nach Analogie der Sprachcentren auch solche für die Musik annehmen, sie könnten aber nicht an der gleichen Stelle gedacht werden, wie diese Sprachcentren, da Amusie ohne Aphasie vorkomme. Die sogenannten Wunderkinder, welche zu Grunde gehen resp. später nichts mehr leisten, rechnet P. zu den Hebephrenen. Vortragender streift noch mehrere Beiührungspunkte des Themas mit psychiatrischen Fragen und geht zum Schluss auf eine noch nicht deutsch erschienene Arbeit eines rus ischen Autors Bernstein ein, worin dieser ebenfalls auf die Bedeutung der Thätigkeit peripherischer Organe (Auge, Stimmbänder, Ohr) bei centraler Function hinweise. B. nehme nach Analogie der nun anatomisch festgestellten centrifugalen Fasern der sensorischen Bahnen für Sehen und Riechen auch für das Gehör solche Fasern an und suche an der Hand dieser Hypothese das Entstehen der Hallucinationen und Pseudohallucinationen zu erklären.

Discussion.

Jolly weist darauf hin, dass die Reproduction von Melodien wohl ein sehr viel mehr unbewusster Vorgang sein dürfte, als der Vortragende anzunehmen scheine. Vielfach würden Musikstücke von Leuten wiedergegeben, die keinen Begriff von Noten und Tonart hätten. Man müsse sich den Vorgang wesentlich mechanischer und directer vorstellen. Für den musikalischen Menschen möge das allerdings etwas anders sein.

189) Gumpertz: Hautnervenbefunde bei einigen Tabesfällen. (Autoreferat). (Mit Demonstrationen.)

Vortragender erinnert daran, dass er im Juni v. J. über die Pathologie der Nerven in der Haut gesprochen und in seinen Untersuchungen von der Idee ausgegangen sei, durch Hautexcision am Lebenden etwas über die Frage der peripherischen Neuritiden bei Tabes zu ermitteln.

G. hat seither in 5 Fällen diese Excision vorgenommen.

Fall I. Ausgesprochene Tabes mit Crises gastriques. Typische Analgesie des Ulnarisstammes und Fehlen der excentrischen Sensationen bei Druck auf denselben. Sensibilitätsstörungen wechselnder Art, vorwiegend das Hautgebiet des N. ulnaris betreffend. Excision eines Hautstückenens vom Kleinfingerballen rechts. Befund: In allen Schnitten normale, gut ausgebildete Nervenfasern. (Dem.)

Da G. in einem Falle von Neuritis N. ulnaris in dem entsprechenden Hautgebiete überhaupt kein deutliches Nervenelement sehen konnte, so nimmt er an, dass das Biernacki'sche Symptom hier nicht zurückzuführen ist auf eine Alteration der sensiblen Fasern des peripherischen N. ulnaris. Dies stimmt zu den Befunden von A. Cramer, denen zufolge Ulnarisanalgesie auch ohne schwere Läsionen (im Rückenmark) in dem peripheren N. ulnaris vorkommen kann.

Fall II. Gewöhnliche Tabes mit Sensibilitätsstörungen an den Zehenspitzen. Die Hautuntersuchung erzielt nichts mit Sicherheit Pathologisches.

Fall III. Schwerer Fall von Tabes und Phthise aus dem Krankenhause a. Urban. An den Unterextremitäten ausgesprochendste Sensibilitäts störungen für alle Qualitäten. Gleichwohl keine deutlichen Zerfallserscheinungen an Nervenfasern (aus einem Hautstückchen von der 3-Zehe rechts).

Fall IV. Tabische Amaurose. Parästhesien besonders der Oberextremitäten. Sensibilitätsstörungen an der ulnaren Seite der Hände. Excision aus dem rechten Kleinfingerballen. In vielen Schnitten normale Nervenfasern; aber in der Nähe des Unterhautfettes ein Bündel mit einer stark degenerirten Faser. (Dem.)

Fall V. Tabes im Initialstadium. 51jähriger Reisender hatte lediglich wegen Blasenbeschwerden Herrn Dr. Heller aufgesucht. Wahrscheinlich war Lues dagewesen. 4 gesunde Kinder. G. faud: Lichtstarre der Pupillen, Westphal'sches Zeichen, kein Romberg, keine Ataxie, Kraft der Unterextremitäten nicht herabgesetzt. Sensibilitätsstörungen an den Fussspitzen, namentlich Thermodysästhesie. Die an der äusseren Seite der linken kleinen Zehe vorgenommene Excision bereitet dem Patienten keinen Schmerz. — Befand: In fast allen Schnitten irgend etwas Krankes. In tieferen Hautschichten feine Markzerbröckelung. (Dem.) Am stärksten degenerirt erweisen sich die bis in die Papillen reichenden Nervenfasern (Dem.)

Vortragender glaubt somit gezeigt zu haben, dass sich unzweiselhafte Destructionen der Hautverzweigungen gelegentlich nachweisen lassen, ohne dass langes Siechthum oder intercurrente Krankheiten dieselben erzeugt haben können, so dass sie als Producte des tabischen Processes selbst angesprochen werden müssen.

Nach Goldscheider können bei Uluaranalgesie höchstens die Nervi nervorum betheiligt sein; nur das Fehlen der excentrischen Sensation darf auf Veränderungen im Nerven zurückgeführt werden.

Gumpertz rechnet das Fehlen der excentrischen Sensation, von der er gesprochen, gleichfalls zum Biernacki'schen Symptom. Da ferner G. wie auch Laehr dabei noch Sensibilitätsstörungen im Ulnarishautgebiet gefunden, so sei es nicht überflüssig, den peripheren Nerven zu untersuchen, wie es auch Cramer gethan. Im Uebrigen habe ja G. aus seinem Befunde ausdrücklich auf das Nichtvorhandensein peripherischer Alterationen im N. ulnaris und somit auf eine andere Ursache der Ulnarisanalgesie geschlossen.

190) Greef: Ueber Zwillingsganglienzellen. — Technik der vitalen Methylenblaufarbung nach Ehrlich. (Mit Demonstration.)

Die Netzhant sei als ein echtes vorgeschobenes nervöses Centrum zu betrachten mit besonderer Anordnung der nervösen Elemente und besitze noch den weiteren Vortheil, dass sie ein nervöses Gebilde sei, welches vollständig durchsichtig ware. Wir können färben, ohne Schnitte anzulegen, und die Zellen in der natürlichen Lage betrachten. Von Färbemethoden komme die Ehrlich'sche mit Mehylenblau in Frage und wenn auch die Nissl'sche für den Zellleib unübertroffen sei, so stelle sich nach Ehrlich die Zelle mit ihren Fortsätzen so vollständig dar wie bei keiner anderen. Vortragender meint, es lasse sich das für die Pathologie benutzen, wie es bisher noch nicht geschehen sei. Wo wir Atrophien untersuchten, würden wir sie am besten an den Fortsätzen studiren können. Die Technik von Ehrlich wäre noch recht schwierig und umständlich gewesen. In neuerer Zeit sei es Dogiel, der gezeigt habe, dass am herausgeschnittenen Auge die Färbung ebensogut gelinge. Man breitet die Retina einfach auf den Objectträger aus, thue etwas Glaskörper darauf, damit sie nicht austrocknet and lässt von der Seite her den Farbstoff zufliessen. Nach 10-15 Minuten sehe man die Axenevlinder, dann die Zellen mit Farbstoff sich impragniren. Bei dieser Färbung fallen dem Beobachter sehr breite Brücken von Proteplasma auf. Es fänden sich Zwillingsganglienzellen; die Brücken gehen von einem Zellleib aus und treten in die andere Zelle ein und bestehen aus einer Masse Fibrillen. Sie sind sehr breit und färben sich sehr leicht, sind aber nicht sehr zahlreich. Manchmal füllen sie bloss den Zwischenraum zwischen zwei Zellen aus, manchmal sind sie ausserordentlich lang, so dass weit auseinander liegende Zellen mit einander verbunden sind. Dogiel unterscheidet 8 Formen von Zellen, sternförmige, enterförmige und rundliche, zwischen denen sich diese Bildungen fänden, häufiger zwischen den letzteren. Bei der Golgi'schen Methode, die im Uebrigen völlig gleiche Resultate gebe, habe er sie nicht gesehen, weil es zufällig wäre, wenn ein solch langer Faden getroffen sein sollte, ohne abgeschnitten zu sein.

Ein Lichtreiz gehe also quer durch die Retina, werde von Stäbchen und Zapfen aufgenommen, gehe auf die bipolaren Zellen und schliesslich auf die Ganglienzellen über. Derselbe concentrire sich um so mehr, je weiter er durch die Retina dringe. Die Zapfen und Stabehen nahmen den Lichtreiz wahrscheinlich punktförmig auf. Dann werde eine bipolare Zelle mit ihren oberen Fortsätzen schon eine grosse Zahl von Lichtpunkten umfassen, su dass hier schon der Eindruck concentrirter sei: Eine kleinste Ganglienzelle umfasse wieder mit ihren Endbäumchen eine ganze Reihe von bipolaren Zellen. Diese neuen Brückenverhindungen gehen längshorizontal, wie schon die von Ramon y Cajal entdeckte membrana fenestrata horizontalen Zellen entspreche. Es sind dies vielleicht Associationen, die hier in einer niederen und höheren Sphäre liegen. Für letzteres spreche auch der Befund, dass die queren Verbindungen sich da sehr zahlreich finden, wo die Retina sehr hoch entwickelt sei. Diese Zellverbindungen hätten mit der Frage, ob überhaupt die Zellen sich mit den benachbarten verbinden, nichts zu thun.

Im Gegensatz zu Dogiel, der annehme, dass sie sich mit den feinsten Protoplasmaausläufern verknupfen, ist G. zu der Ausicht von Ramon y Cajal gekommen, wonach sich die Endverzweigungen der Axeucylinder mit den Endbäumchen anderer Zellen zu einem Netz vereinigen. (Vergrösserung: Seitz Obj. 7. Die Zellen sind ausserordentlich gross.)

Max Edel (Charlottenburg).

III. Ausländische Vereinsberichte.

Sitzungsbericht des wissenschaftlichen Abends der St. Petersburger Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten am 28. November und 10. December 1896.

191) Stud. med. Tschagowez halt einen Vortag "über die Anwendung der neueren electro-chemischen Erscheinungen in der Physiologie". Da weder die Dubois-Reymond'sche noch die Herrmann'sche Theorie die electrischen Vorgänge in den lebenden Geweben zur Genüge erklären können, so hätte die neueste Dissociationstheorie von Arrenius nach Meinung des Voitragenden noch am ehesten Aussicht, das Problem zu lösen, zumal man, auf diese Theorie fussend, schon a priori die electromotorische Kraft der Muskelu zu beurtheilen vermag. Bei der Muskelthätigkeit werden N.haltige sowie stickstofffreie Substanzen (wie Kohlensäure, Milchsäure etc.) gebildet. Wenn man annimmt, dass die electrischen Ströme in den Muskeln Diffusionsströme sind, die von der ungleichen Vertheilung der Kohleusäure an der ruhenden sowie a. der gereizten Stelle eines Muskels ahhängen, so wird die electromotorische Kraft des Muskelstroms $P = 0.017 \log \frac{p}{n^1}$ Volt sein (p und p^1 sind die Quantitäten der Kohlensäure am ruhenden sowie am gereizten Ende des Muskels). Wird der Muskel nicht gereizt, so ist $p = p^1$ und P = 0, also ist kein Strom vorhanden. Wenn der Strom von dem kunstlichen Querschnitt eines Muskels und von dessen Längsflä he abgeleitet wird, so ist am ersteren Punkt die Muskelsubstanz am stärksten gereizt, während am zweiten sich dieselbe in relativer Ruhe befindet Ein ad maximum gereizter Muskel sondert 61/2 mal mehr Kohlensäure wie ein ruhender ab — und dann würde oben genannte Formel lauten: $P = 0.047 \log 6^{1}/2 \text{ Volt} = 0.038 \text{ Volt}$. Diese Zahl ist nun sehr nahe dem empirisch gefundenen Werth 0,043 Volt, was immerhin für die Richtigkeit der eben gemachten Erörterungen spricht. Im Anschluss an seinen Vortrag suchte Reduer vom Standpunkte der Arrenius'schen Theorie die Wirkung starker Ströme mit häufigen Unterbrechungen (z. B. im d'Arsonval'schen Apparat) zu erklären. Nach dem Vortrag entspann sich eine ausserst lebhafte Discussion.

192) Stud. med. Akopenko und stud. med. Lazurski berichteten über die Wirkung der Muskelthätigkeit (in Form von Gehen und Treppensteigen) auf die Schnelligkeit der psychischen Vorgänge. Während der Beobachtungen (an 3 gesunden Personen) wurde die erste Messang vor der Uebung, die zweite sofort nach der Uebung, die dritte 5 Minuten nach der zweiten, die vierte 5 Minuten rach der dritten gemacht. Das Mittel von 10-15

Digitized by GOOGLE

Messungen wurde notirt. Auf diese Weise entstauden ca. 60 Zahlen. 10 davon gaben ganz unbestimmte Besultate, 27 zeigten eine Beschleunigung der psychischen Thätigkeit nach kurz dauernder Verlangsamung, während bei 22 eine sofortige Beschleunigung eintrat.

In der Discussion hob Prof. Beichterew hervor, dass es wünschenswerth sei, die Zeit der Messungen nicht nur auf 10 Minuten zu beschränken und eine grössere Abwechslung der Muskelthätigkeit bei den Beobachtungen einzuführen. Ausserdem betonte er den Werth der von den Vortragenden gemachten Arbeit, besonders da über die Wirkung der Muskeltkätigkeit auf die psychische Thätigkeit bedeutende Meinungsverschiedenheiten herrschen.

Aus der Sitzung der Psychiatrischen Gesellschaft zu St. Petersburg.

am 30 November 1896.

193) Dr. Olderogge demonstrirte einen Fall von Epilepsie.

194) Dr. Birula zeigte ein Gehirn (eines an Typhus gestorbenen Soldaten), in dessen linken Frontallappen eine Cyste von 6 Centimeter Durchmesser gefunden wurde.

195) Dr. Sokulski führte in einem längeren Vortrage aus, dass man hei der Verwirrtheit immer einen sogenannten prädicrotischen Puls finden kann, den er auch pathognomisch für diesen Krankheitszustand findet.

196) Dr. Sokolow sprach über den Einfluss der metereologischen Schwankungen (besonders aber des Erdmagnetismus) auf die Häufigkeit der epileptischen Anfälle (auf Grund eines Materials von 26 Kranken). Die meisten Anfälle kommen auf die Monate Januar und Juni, die wenigsten auf November und Mai.

Das Minimum der Spannung des Erdmagnetismus entspricht der grössten Häufigkeit der Anfälle und umgekehrt. Irgend ein Zusammenhaug zwischen der Häufigkeit der Anfälle und den übrigen metereologischen Erscheinungen (Barometer- und Temperaturschwankungen, Mondphasen etc.) konnte nicht bemerkt werden.

Wissenschaftlicher Abend der Aerzte der St. Petersburger Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten

am 2. 13. Januar 1897.

197) V. Ossipow demonstrirt Präparate nach Marchi, Nissl, van Gieson, Pal, Kultschitzky, sowie mit Carmin gefärbt, die in Formal-Müller'scher Flüssigkeit (100 Theile M. Fl., 10 Theile Formalin) gehärtet sind. Färbung (ausgenommen die Präparate nach Pal) gelingt ausgezeichnet; Härtung sehr vollkommen.

198) Dr. Schukowsky: Ueber die anatomischen Verbindungen der Frontallappen.

Die letzteren wurden (an Hunden und Kaninchen) exstirpirt, die Gebirne nach Marchi bearbeitet. Resultate:

1. Die beiderseitigen Frontallappen sind miteinander durch Fasern des vorderen Theils des corp. callosum verbunden.

2. Beim Kauinchen giebt es Commissuralfasern zwischen den Frontallappen durch die aussere Kapsel und die vordere Commissur.

3. Der Frontallappen ist mit dem vorderen Theil des Thalamus mittelst Fasern, die im vorderen Knie der capsula interna verlaufen und ins stratum reticulatum thalami einmünden, verbunden.

4. Es giebt Fasern, die den Frontallappen mit dem inneren Theil des Stratum intermedium und der Substantia nigra verbinden.

5. Es giebt sicher eine Verbindung zwischen dem Frontallappen und dem inneren Theil des Hirnschenkels einerseits und den Kernen der Brücke andererseits mittels der sogenannten Frontal-Brückenbahn.

6. Ein Theil der Fasern des Gyrus einguli hat seinen Ursprung im Frontallappen.

7. Obne Zweifel beginnen ebendaselbst Fasern des Fasciculus subcallosus.

8. Es giebt eine unmittelbare Verbindung zwischen dem Gyrus einguli und dem Fornix.

Der Vortrag wurde durch Präparate erläutert.

199) Dr. Trapesnikow: Ueber die Centren des Schluckacts (bei Hunden).

1. Der reflectorische Schluckact kann ausgelöst werden durch Reizung des N. laryngeus sup., n. trigeminus und n. glossopharyngeus. 2. Die Reizung des n. glossopharyngeus übt keinerlei hemmende Wirkung auf den Schluckact aus. 3. Die unmittelbare Reizung des hinteren Theils der fossa Rhomboidea löst den Schluckact aus. 4. Der Blutdruck steigt beim Schlucken 5. Die Reizung der Hirnrinde im vorderen Abschnitt der 2. Hirnwindung gleich am vorderen Ende der 2. Furche (das Centrum Be chterew's und Ostankow's), sowie auch im Winkel zwischen der Fissura olfactoria und der Fissura præsylvia löst den Schluckact aus. 6. Denselben Effect hat die Reizung des hinteren Theils des Thalamus und der vorderen Vierhügel. 7. Nach Zerstörung des Rinden-Schluck Centrums fällt das selbstständige Schlucken fort, das reflectorische besteht. — In der Discussion erwähnte Prof. Bechterew besonders, dass nach Zerstörung der Rinde das Schlucken behindert wird, wodurch man eine Erklärung für die klinisch beobachtete Pseudobulbärparalyse suchen kann.

20.) Prof. Bechterew demonstricte das Gehirn eines Blinden. Patientin litt ausser an völliger Blindheit an Anosmie und eigenthümlichen Wahnideen (man nehme ihr die Augen heraus, wasche sie und setze sie wieder ein). Tod im tiefen soporösen Stadium. Bei der Section ein apfelgrosser Tumor, der beide Frontallappen einnahm und beide n. n. olfactorii n. n. optiei und das Chiasma zerstört hatte.

Wissenschaftlicher Abend der Aerzte der St. Petersburger Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten

am 27. März 1897.

201) Stud. med. Wichren: Ein X-Strahlen-Stereoscop.

Vortragender demonstrirt Röntgenbilder, die man mittelst eines von ihm erfundenen Apparats stereoscopisch betrachten kann, so dass man z.B.

genau die Trefflage einer Nadel bestimmen kann; an einem Gebirn, dessen Gefässe mit einer für Röntgenstrablen undurchsichtigen Masse injicirt waren, konnte man ganz genau die to ographische Lage der Gefässe beobachten, den verschiedenen Winkelgrad der Verzweigungen etc. Alle Anwesenden mit Herrn Prof. Bechterew an der Spitze dankten dem Vortragenden für seine scharfsichtige und bedeutungsvolle Erfindung.

202) Dr. V. Ossipow: Ueber die Kerne des N. accessorius

Willisii.

Da die Meinungen verschiedener Forscher, ob die aus der Oblongata stammenden Fasern dem vagus, dem accessorius oder anch beiden gemeinsem zugehören, noch getheilt sind, hat Vortragender bei jungen Kaninchen (die nach der Operation noch bis 93 Tage lebten) entweder den ganzen n. accessorius oder nur denjenigen Theil, der im Rückenmark seinen Ursprung hat, exstirpirt. Es kam zu folgenden Resultaten (Präparate nach Marchi, Pal, van Gieson, Nissl und mit Carmin gefärbt):

1. Atrophie der Wurzeln des XI-Nerven.

2. Atrophie des dorsalen Kerns (Stilling's) des X-Nerven.

3 Atrophie des solitaren Bundels.

4. Atrophie des nucleus ambiguus.

5 Atrophie des Seitenstrangkerns.

6. Atrophie der lateralen Zellgruppe des Vorderhorns.

 Einzelne atrophische Zellen in der vorderen Zellgruppe des Vorderhorns.

Die Atrophieen bestanden nur auf der Seite der Operation. 2, 3, 4 und 5 waren in den Fällen vorhanden, in welchen der ganze Nerv exstirpirt wurde. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Vortragender zum Schluss, dass die aus der oblongata stammenden Wurzeln des n. accessorius dem n. vagus zugeschrieben werden müssen und nur diejenigen, die im Rückenmark ihren Ursprung haben, dem accessorius allein gehören. Die Präparate wurden demonstrirt

203) Dr. E. Giese: Ueber die Entwicklung der Neuro'glia

im Rückenmark des Menschen.

Vortragender hat (nach der Golgi'schen Methode) den allmähligen Uebergang der sogenannten Ependymzellen in spinnenförmige (oder Deiters'sche) Zellen verfolgt. Die letzteren konnten jedoch schon bei 3 monatlichen Föten gefunden werden (bei Thieren kann man ja Stadien treffen, wo die Neuroglia nur aus Ependymzellen besteht). Weiter konnte Vortragender nachweisen, dass Neurogliazellen mit stark sich zweigenden Fortsätzen nicht nur in der Substantia gelatinosa Bolandi (wie Lenhossek meint), sondern auch in anderen Theilen des Rückenmarks zu finden seien. Schliesslich sah Vortrag nder den Uebergang von Astrocyten in Astroblasten schon bei 4 monatlichen Föten (Lenhossek erst am Ende des 5 Monats), was ja durch individuelle Verschiedenheiten zu erklären ist. 204) Prof. Bechterew: Ueber die sensom otorischen Centren der Hirnrinde des Affen.

Vortragender aussert sich auf Grund von Experimenten, die er seit dem Jahre 1887 bis in die neueste Zeit fortgesetzt hat. Die motorische Region in der Rinde des Affen ist sehr gross, vielleicht nur der lobus

ŧ

præfrontalis total unerregbar. Vortragender localisirt die Lage der verschiedenen Centren folgendermassen (wobei er jedoch auf individuelle Verschiedenheiten, sowie auf die ungleichmässige Erregbarkeit der verschiedenen Centren aufmerksam macht): Am obersten Bande der Hirnrinde in der Gegend der Centralwindungen sind von vorne nach hinten die Centren für Schenkel, Unterschenkel und Zehen gelegen; weiter unten in derselben Reihenfolge für Schwanz, Rumpf und Hals, niedriger für Schulter und Antibrachien, noch niedriger für die Hand und die Finger, weiter unten für die Muskeln des Gesichts, unmittelbar an der Fossa Sylvii das Centrum für Kan- und Schluckbewegungen, unmittelbar rückwärts davon das Centrum für die Bewegungen des Ohres und des oberen Augenlides, am Sulcus præ. centralis das Athmungscentrum. In den hinteren Theilen der Frontalwindungen die Centren der Kopf- und Augenbewegungen. Im Occipitallappen befinden sich die Centren der Papilleuerweiterung und der coordinirten Augenbewegungen (in der entgegengesetzten Richtung und nach unten resp. nach oben, sowie wagerechtes Senken und Heben des Augapfels). Diese Centren stehen nun nach Meinung des Vortragenden in innigster Beziehung mit den gleichnamigen Centren in den Vierhügeln (von Adamuck nachgewiesen). Die Zerstörung der motorischen Region bedingt nicht nur Hemiparese, sondern auch Hemianästhesie, und deshalb glaubt auch Prof. B. in der Rinde nicht rein motorische, sondern auch senso. motorische Centren zu localisiren (in welchen das Haut- und Muskelgefühl in innigster Beziehung zu den Bewegungen steht).

Wie klinische Fälle beweisen, entspricht die Lage der Centren beim Affen fast vollkommen derjenigen beim Menschen. Zum Schluss demonstrirte Prof. B. einen Affen, bei dem durch lang dauerude Faradisation Zerstörung mit nachfolgender Hemiparese und Hemianästhesie entstanden ist.

A. Bary (Petersburg).

IV. Literatur-Uebersicht.

I.

Van Gehuchten's neue Theorie über die Pathogenese der Little'schen Krankheit, sowie der spastischen Lähmungen im Allgemelnen.

Von Privatdocent Dr. L. MANN in Breslau.

Van Gehuchten: Faiscean pyramidal et maladie de Little. (Journal de neurologie et d'hypnologie 1896, Nr. 13 und 16.)

Van Gehuchten: Contribution à l'étude du faisceau pyramidale. (Ibidem 1896, Nr. 17 u. 18.)

Van Gehuchten: L'exagération des reflexes et la contracture chez le spasmodique et chez l'hémiplégique. (Ibidem 1897, Nr. 4-5 und 6.)

Verfasser geht bei seinen in der "Société belge de Neurologie" vorgetregenen Mittheilungen von der bekannten Thatsache aus, dass beim neugeborenen Kinde die Pyramidenbahnen noch der Markscheiden entbehren.

Er hat nun Gelegenheit gehalt, das Nervensystem eines am Ende des 7. Intranterinmonats zur Welt gekommenen Kindes zu untersuchen und hat mit der Golgi'schen Methode gefunden, dass bei demselben nicht nur die Markscheiden, sondern auch die Achsencylinder im Gebiete der Pyramidenbahnen im Rückenmark noch völlig fehlten, während der cerebrale Antheil der Pyramidenbahnen bis in die Medulla oblongata hinein, sowie auch die Centralwindungen gut entwickelt waren.

Diesen Befund bringt Verfasser in Beziehung zur Little'schen Krankheit. Diese Krankheit ist characterisirt durch eine erhebliche Vermehrung des Muskeltonus (Rigidität), in vielen Fällen nur an den unteren Extremitäten, in manchen aber auch über die Muskulatur sämmtlicher Ex-

tremitäten verbreitet.

In allen Fällen ist characteristisch das Fehlen von Lähmung (! Ref.), die symmetrische Vertheilung der Rigidität und die Tendenz zur Heilung. In den Fällen von generalisirter Rigidität schreitet die Heilung von oben nach unten fort, so dass schliesslich die paraplegische Form (Rigidität beider Beine) übrig bleibt, welche dann auch noch zur Heilung gelangen kann.

Little hat für diesen Zustand ausser der vorzeitigen Geburt auch Geburtshindernisse verantwortlich gemacht, welche zur Asphyxie führen. Die dadurch bedingte Unterbrechung des Placentarkreislaufes soll zu venösen Stasen und capillaren Hämorrhagien in den motorischen Regionen des Gehirns führen.

Spätere Autoren, besonders Freud, haben nach Verfassers Ansicht ein zu weit umgrenztes Krankheitsbild aufgestellt, indem sie unter dem Namen "cerebrale Diplegie" die auf der Basis der verschiedenartigsten Aetiologieen sich entwickelnden spastischen Paresen des Kindesalters zusammenfassten.

Verfasser will unter den Begriff der Little'schen Krankheit zwei Gruppen untergebracht und streng unterschieden wissen:

- 1. Die Zustände von Rigidität bei vorzeitig zur Welt gekommenen Kindern;
- diejenigen bei rechtzeitig, aber unter Geburtsschwierigkeiten geborenen Kindern.

Diese schwierigen Entbindungen (Zange, Wendung, Nabelschnurvorfall etc.) können zu cerebralen Läsionen und damit zu spastischen Zuständen führen, während bei der ersten Gruppe die Geburt sogar gewöhnlich abnorm leicht ist und daher eine Veranlassung zu Gehirnverletzungen nicht vorliegt. Hier kann nur ein besonderer Zustand des Nervensystems der Frühgeborenen, nämlich der Umstand, dass, wie Verfasser oben nachgewiesen hat, die Pyramidenbahnen im Bückenmark im 7. Fötalmonat noch vollständig fehlen, als Ursache der Rigidität angesehen werden. Indem nämlich die zahlreichen von aussen kommenden Reize auf das unfertige Nervensystem einwirken, wird die Pyramidenbahn in ihrer sonst im Uterialeben stetig vor sich gehenden absteigenden Entwicklung aufgehalten. Dieses Fehlen der Pyramidenbahn bewirkt nun vermehrten Tonus, Reflexsteigerung und eine Schwäche der Glieder (aber nach Verfasser keine Lähmung!), genau in derselben Weise, wie es beim Erwachsenen die Unter-

Digitized by GOOGIC

brechung der spinalen Pyramidenbahn durch irgend welche Erkrankungen bewirkt.

Die Ausdehnung des spastischen Zustandes geht nun dem Zeitpunkt der Geburt parallel. Man findet nämlich, dass die Kinder, welche den generalisirteu Contracturzustand zeigen, mit 6 oder 6½ Monaten, die dagegen, welche nur an den Beinen den spastischen Zustand darbieten, im 8. Monat zur Welt gekommen sind, also zu einer Zeit, wo die Pyramidenbahn im oberen Theile des Rückenmarkes bereits entwickelt ist.

Dass der Zustand zur Heilung tendirt, kann nur durch die Annahme erklärt werden, dass die Pyr. midenbahnen durch die vorzeitige Geburt in ihrem Wachsthum zwar verlangsamt, aber doch nicht völlig unterbrochen werden.

Also: diese Fälle haben nichts mit Geburtstraumen zu thun, wie die der zweiten Gruppe, sie hängen auch nicht von dem Fehlen der Markscheiden ab, denn diese fehlen bei allen Neugeborenen, auch nicht vom Fehlen des ganzen Pyramidenbündels (Marie), denn dasselbe ist in seinem cerebralen Antheile vorhanden, sondern einzig und allein von einer Unterbrechung des absteigenden Wachsthums der Pyramidenbahn im Rückenmarke in Folge der vorzeitigen Entbindung. Den Modus, durch welchen die Unterbrechung der Pyramidenbahn zu Spasmus führt, sucht Verfasser in dem Wegfall cerebraler Hemmungen, nicht (wie Brissaud) in einem Reiz des die Pyramidenbahnen ersetzenden Gewebes auf die Vorderhornzellen.

G. stellt sich nun selbst die Frage, wurum denn unter diesen Umständen nur ein kleiner Theil der Frühgebo enen und nicht alle die Little'sche Krankheit zeigen, warum also bei einem grossen Theile die Eutwicklung trotz der verfrühten Geburt normai vor sich geht.

Eine bestimmte Antwort weiss er nicht zu geben; es müssen jedenfalls noch Nebenumstände hinzukommen, um die Entwicklung zu unterbrechen, vielleicht congenitale Syphilis u. dergl.

G. fasst somit am Schluss des ersten Aufsatzes folgendes zusammen: Die spastischen Zustände bei frühgeborenen Kindern sind keineswegs cerebraler Natur, vielmehr ist das Cerebrum immer intact, sie sind vielmehr spinalen Ursprungs, hervorgebracht durch Unterbrechung des Wachsthums der Pyramilenbahnen in Folge der verfrühten Geburt.

In Anbetracht dieser besonderen Aetiologie verdient diese Form den anderen spastischen Zuständen gegenüber durch einen besonderen Namen abgegrenzt zu werden, nämlich als: Spinale spastische Rigidität der Frühgeborenen.

In der auf diesen Vortrag folgenden Discussion vertreitet sich nun Verfasser zunächst über den Einwurf, warum denn beim Erwachsenen die Unterbrechung der Pyramidenbahn im Rückenmark Lähmung mache, während beim Frühgehorenen das Fehlen dieser Bahnen Contractur ohne Lähmung bewirke. Der Verfasser behauptet diesem Einwa: d gegenüber, dass anch beim Erwachsenen die Unterbrechung der Pyramidenbahn im Rückenmark nur Contractur, die der cerebralen Bahnen (bei der Hemiplegie) dagegen Lähmung bewirke (1). Die Hemiplegie ist nach seiner Ansicht eine schlaffe Lähmung und es komme bei ihr erst nachträglich zu einer passiven Contractur durch Retraction der Beugemuskeln, während

bei Unterbrechung der spinalen Pyramidenbahnen eine active Contractur (vermehrter Tonus) bestehe, aber keine Lähmung, genau wie bei dem Fehlen der spinalen Pyramidenbahn bei dem Frühgeborenen.

Der Verfasser sucht nun den nach seiner Behauptung bestehenden Gegensatz in den klinischen Symptomen der Läsion der spinalen Pyramidenbahn einerseits und der cerebralen Fortsetzung derselben andererseits fol-

gendermassen zu erklären:

Die spinalen Pyramidenbahnen kommen allerdings direct von der Rinde, wie die secundäre Degeneration beweist, aber ausser dieser Bahn (deren Läsion Contractur macht) muss im Cerebrum noch eine andere Bahn existiren, deren gleichzeitige Läsion Lähmung bewirkt. Diese Bahn soll in der inneren Kapsel mit der Pyramidenbahn vereinigt verlaufen, dann aber nach Passirung der Ponskerne in das Kleinbirn und von da erst durch den unteren Kleinbirnschenkel in das Rückenmark (im vorderen Theil der Seitenstränge) absteigen. Diese Bahn nennt er "cortico-cerebello-spinale" im Gegensatz zu der Pyramidenbahn, welche er als "cortico-spinale" bezeichnet.

Die cerebralen hemiplegischen Läsionen (in der inneren Kapsel) bewirken, da sie beide Bahnen gleichzeitig treffen, eine Lähmung und zwar nach des Verfassers Meinung eine schlaffe Lähmung ohne Spasmen, die erst nachträglich eine rein passive Contractur durch Muskelretraction zeigt. Bei den Erkrankungen der spinalen Pyramidenbahnen dagegen bleibt die cerebello-spinale Bahn gewöhnlich unbetheiligt, weil sie im Rückenmark von der ersteren getrenut verläuft und daher entsteht Contractur (durch Wegfall von Hemmungen), aber keine Lähmung, weil die spinalen Centren noch mit der Hirnrinde auf dem Umwege der cerebellaren Bahn verlunden sind.

Die Contracturen bei den spastischen Spinalerkrankungen sind, wie aus obigem schon hervorgeht, für den Verfasser zwei ganz verschiedene Dinge: die erste stellt eine active Contractur dar, in Folge von gesteigertem Muskeltonus, während bei der zweiten der Muskeltonus, wie Verfasser in Anlehnung an Babinski behauptet, sogar vermindert ist und aur nachträglich ein Bewegungshinderniss durch Verkürzung der relativ wenig gelähmten Beuger eint itt. Diese Verkürzung sieht der Verfasser aber nicht etwa als eine durch bindegewebige Retraction, sondern durch dauernde Contraction entstandene an, da sie bei Erwärmung, bei Esmarch'scher Umschnürung etc sich löst.

Zur Erklärung, warum bei der Hemiplegie die Strecker mehr gelähmt sein sollen wie die Benger (was durchaus nicht durchgängig richtig ist! Ref.), weist Verfasser darauf hin, dass bei den arthropathischen Muskelatrophieen, welche durch eine Erkrankung der Vorderhornzellen durch Vermittlung des Reflexbogens entstehen sollen, ebenfalls gerade immer die Strecker der Lähmung und Atrophie verfallen, während dann hänfig die Antagonisten in einen Contracturzustand gerathen.

Ganz ebenso sei die hemiplegische Contractur zu erklären: die Extensoren müssten "vulnerabler" sein und erkrankten deshalb auch bei der Hemiplepie in höherem Grade. Daraus resultire dann die Beugecontractur, indem alle motorischen Impulse in die intacten Beuger hineingeriethen. (Diese Analogie mit den Arthropathieen ist z. B. für das Kniegeleuk völlig

falsch: hier erkrankt bei der Artbropathie der Quadriceps, welcher bei der Hemiplegie gerade intact bleibt! [Ref.])

Wenn nun also die hemiplegische Contractur und die bei den spastischen Spinalerkrankungen zwei so ganz verschiedene Dinge sind, so bleibt noch die Schwierigkeit zu erklären, warum bei beiden Zuständen eine Steigerung der Sehnenreflexe besteht.

Dass die Sehnenreflexe vom Muskeltonus abhängig sein sollen, weist der Verfasser ganz mit Recht zurück, denn es giebt auch Zustände von Reflexsteigerung mit Verlust des Tonus und umgekehrt, u. a. gehört nach seiner Meinung die Hemiplegie dazu, welche eine schlaffe Lähmung mit Reflexsteigerung darstellen soll.

Nach eingehender Kritik der bisherigen Theorien über die Reflexsteigerung bei der Hemiplegie acceptirt der Verfasser die Anschauung von dem hemmenden durch die Pyramidenbahnen verlaufenden Einfluss der Grosshirnrinde, nach welcher bei jeder Schädigung der Pyramidenbahn, also sowohl bei der Hemiplegie wie bei den spastischen Spinalorkrankungen eine Reflexsteigerung durch Fortfall der Hemmungen eintreten muss.

Auf den Tonus hat dagegen die Hirnrinde nach des Verfassers Anschauung einen doppelten Einfluss, einen hem nen len und einen erregenden, von denen der erste durch den directen (cortico spinalen), der zweite durch den indirecten (cortico-cerebello-spinalen Weg) verläuft. Daher bei der Hemiplegie complete schlaffe Lähmung, weil beide Wege unterbrochen sind, bei der spastischen Spinalerkrankung dagegen keine Lähmung, sondern nur vermehrter Tonus (durch Wegfall der hemmenden Bahnen!).

Trotz des künstlichen Aufbaues und der Complicirtheit der Theorie muss der Verfasser am Schluss selbst zugeben, dass sie noch Verschiedenes unerklärt lässt, speciell keine Erklärung für das Fehlen der Beflexe bei totaler Querläsion giebt, welches doch jetzt gerade den springenden Punkt bei allen Beflextheorieen bildet.

Aber en wäre noch nicht der schlimmste Fehler der Theorie, wenn sie eine Thatsache unerklärt liesse; schlimmer ist, dass sie mit fundamentalen klinischen Thatsachen direct in Widerspruch steht, oder richtiger gesagt, auf ganz fehlerhaften klinischen Beobachtungen aufgebaut ist.

Der Gegensatz zwischen den klinischen Erscheinungen der cerebralen und spinalen Läsionen, welchen Verfasser zum Ausgang punkt seiner Theorie macht, ist nämlich in Wirklichkeit einfach nicht vorhanden, vielmehr sind, wie Wernicke zuerst beobachtet und Referent neuerdings im Einzelnen nachgewiesen hat, die klinischen Erscheinungen durchaus die gleichen, ob die motorische Bahn im Gehirn oder im Rückenmark getroffen ist.

In beiden Fällen, sowohl bei der cerebralen Hemiplegie wie hei den spinalen Pyramiden Erkrankungen (spastische Spinalparalyse, Halbseitenläsion etc) besteht eine Lähmung, aber allerdings nicht der gesammten Muskulatur, sondern nur bestimmter "Prædilectionsmuskeln" (Wernicke), welche Beferent kürzlich als diejenigen gekennzeichnet hat, welche beim Gange die "Verkürzung" des Beines zum Zwecke des Vorwärtsschwingens besorgen.

Anch die active spastische Contractur kommt beiden Arten der Erkrankung zu, bei beiden geht ihrer Entwicklung oft ein Stadium schlaffer

Lähmung voraus und bei beiden zeigt sie genau dieselben Charactere und dieselbe Verbreitung. Es liegt daher gar kein Grund vor, der Contractur bei der Hemiplegie eine andere Genese zuzuschreiben wie der bei spastischer Spinallähmung.

Dass in ganz vereinzelten (bisher nicht genügend erklärten) Fällen von Hemiplegie die Contractur ausbleibt, ist allerdings zuzugeben, der ganz überwiegenden Zahl kommt sie aber genau ebenso zu, wie den spinalen Pyramidenbahnläsionen, ebenso wie bei beiden der Lähmungstypus und

die Reflexsteigerung völlig die gleiche ist.

Die ebengeschilderten klinischen Symptome, insbesondere auch die characteristische Vertheilung der Lähmung kommt nach den Erfahrungen des Referenten auch den Fällen von Little'scher Krankheit zu und da diese Symptome, wie oben betont wurde, bei den cerebralen wie den spinalen Pyramidenbahnerkrankungen genau die gleichen sind, würde sich aus diesem klinischen Verhalten an sich nichts über einen spinalen oder cerebralen Sitz der Little'schen Krankheit folgern lassen. Was der Verfasser im Uebrigen zu Gunsten seiner Auffassung der Little'schen Krankheit geltend macht, ist ebenfalls äusserst angreifbar und steht zum Theil mit klinischen Thatsachen in Widerspruch, wie Freud in seinem neuesten Werke über die infantile Cerebrallähmung bereits ausgeführt hat.

Dieser Autor, der auf dem Gebiet der Kinderlähmungen über eine besouders grosse Erfahrung verfügt, hebt u. A. hervor, dass die Behauptung, dass Frühgeburten im 7. Menat allgemeine Starre, solche im 8. Monat nur paraplegische Starre zeigen entsprechend dem unterdessen erfolgten Fortschritte in der Pyramidenbahuentwicklung durchaus nicht den Thatsachen entspricht, dass die allmähliche Heilung auf Grund des vom Verfesser behaupteten allmählichen Auswachsens der Pyramidenbahn in den meisten Fällen nicht vollkommen ist, sondern deutliche Starre der Beine zurückbleibt, dass ferner der Einwand, den Verfasser sich selbst macht, aber nicht widerlegen kann, dass nach seiner Theorie eigentlich alle Frühgeborenen die Starre zeigen müssten, schwerwiegend genug ist, um zum Aufgeben der ganzen Theorie zu nöthigen.

So müssen wir leider sagen, dass die theoretischen Deductionen des Verfassers, offenbar in Folge von Mangel an gerügendem klinischen Beobachtungsmaterial, durchweg verfehlt sind. Trotzdem verlohnte sich eine ausführliche Besprechung, da bei der Unsicherheit, die auf diesem Gebiete herrscht, gewiss noch häufig an die v. Gehuchten'sche Theorie

angeknüpft werden wird.

V. Bibliographie.

XXX) Anonymus: Der Mechanismus des Bewusstseins. (Leipzig. G. Fock. 1896.)

Weshalb der Verfasser sein Heftchen namenlos in die Welt gesetzt hat, ist unklar; einstweilen haben wir ja noch keine Censur zu fürchten und überdies ist der Inhalt in Folge seiner Unsinnigkeit ungemein harmlos.

Anon. theoretisirt über die Entstehung von Nervenimpuls, Empfindung, Vorstellung etc., ohne durch anatomische oder physiologische Sachkenntuiss getrübt zu sein. Er denkt sich z. B. die leitenden Nervenelemente als Röhrchen, in denen die von den Zellen producirte Energie abfliesst, die sich während der Thätigkeit erweitern und verkürzen, die durch ein Netz von "Querleitungen" miteinander communiciren etc.

Nach einer Menge steriler Hypothesen über Vorstellung, Association und Anderes erscheint am Schlusse die Seele wieder auf der Bildfläche, nicht als Trägerin des geistigen Lebens, sondern als Erzeugerin verbranchter Nervenenergie. "So ist die Seele das Princip, das den Gesammtorganismus durchdringt und zu jedem Atom desselben in Beziehung steht. Selbst eine Monade oder ein Atom höherer Art zieht sie fremde Atome an sich — — " etc. Sapienti sat.

E Tromner (Heidelberg).

XXXI) E. Kräpelin: Zur Hygiene der Arbeit. (Jena, Gustav Fischer, 1896, 30 S., 8°.)

Die mit der gewohnten Klarbeit, Kühnheit und Feinheit des Heidelberger Forschers geschriebene Broschüre giebt, wenn man sie neben desselben Autors Broschüre "Ueber geistige Arbeit" consultirt, die Hauptresultate der experimentell-psychologischen Arbeiten, die er in neuester Zeit ausgeführt oder veranlasst hat. Zur schnellen Ocientirung und zur Einführung in diese Gedanken und Thatsachen sind diese Schriften aut's Dringendste zu empfehlen. Die vorliegende Schrift giebt nicht eine Dynamik oder Physiologie, sondern eine Hygiene der Arbeit, als deren wesentliches Ziel der Kampf gegen die Ermüdung bezeichnet wird. Sinken der Arbeitsmenge und Verschlechterung der Arbeitsleistung werden als wesentliche Frfolge der Ermüdung bezeichnet, eine intoxicatorische Entstehung der Ermüdung überall vorausgesetzt. Vielleicht hätte die Frage, ob Structurveränderung in Folge von Molecul-Umlagerung nicht einen Theil des Ermüdungsprocesses ausmachen, erwogen werden können.

Scharf wird zwischen Mit digkeit und Ermit dung geschieden; die eine kann ohne die andere vorkommen und umgekehrt. Ein bestimmter Grad der Ermit die arkeit wird als characteristische individuelle Eigenschaft bezeichnet; Wille und Affect als Gegenwirkungen gegen Müdigkeit, nicht gegen Ermitdung, genannt; ihre Aufbietung sowie die aller künstlichen Gegenwirkungen gegen die Müdigkeit als schädlich stigmatisirt, Ruhe, zumal in der Form des Schlafs, als normales Ausgleichsmittel characterisirt, daneben die Nahrungsaufnahme trotz ihrer vorübergehend — durch eireulatorische Einflüsse — herabstimmenden Wirkung.

Die practischen, besonders die socialpolitischen Consequenzen der Ermittelungen werden behutsam angedeutet. Ich möchte an diesem Punkte an Setschenow's: Physiologische Criterien zur Bestimmung der Länge des Arbeitstages" (Petersburger naturwissenschaftliche Gesellschaft 1893) erinnern und an den Fortschritt, der bei dem Vergleich beider Ausführungen auf Seiten Kräpelin's hervortritt.

Weiterhin wird die Bedeutung der Vertheilung der Mahlzeiten, der Art der Erholung, der Abwechslung in der Arbeit betont. Der Alcohol erscheint dabei immer wieder als Feind der Arbeit und Erholung.

Angenehm fällt es auf, dass die im Grunde radicale Natur Kräpelin's sich — bis auf die Alcoholfrage — in dieser Schrift jeder Spur der Uebertreibung enthält, welche stellenweise in ihrer Vorläuferin aus dem Jahre 1894 ("Ueber geistige Arbeit") her zortrat. Kurella.

XXXII) H. Schiller: Der Stundenplan. Ein Kapitel aus der pädagogischen Psychologie und Physiologie. (Heft 1 der Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, herausgegeben von Schiller und Ziehen.)

(Berlin 1897. Verlag von Reuther & Reichard. 65 Seiten.)

Mit besonderer Freude muss die Thatsache begrüsst werden, dass die Er vinisse der experimentell-psychologischen Forschung in ihrer Wichtigkeit

auch Seitens der Schulmänner mehr und mehr gewürdigt werden.

Das erste Heft des von Schiller und Ziehen ins Leben gerufenen Unternehmens bringt die Anschauungen des einen der Herausgeber über den Stundenplan. Er bespricht zuerst den Schulanfang und den Schulschluss, sowie die dazwischen liegenden Unterbrechungen der Unterrichtsthätigkeit. Auch Schiller hält, ohne die Bedeutung der ganzen Versuche zu verkennen oder zu unterschätzen, den Versuchen Kräpelin's, Burgerstein's u. s. w. die gleichen Bedenken entgegen wie Richter, dass sie dem gewöhnlichen Schulunterricht durchaus nicht entsprechen, dass die Aufgaben zu einförmig seien und dass verhältnissmässig zu lange experimentirt würde. Den Schulanfang wünscht Schiller nicht zu früh, um den Schlaf der Schüler nicht überflüssig zu verkürzen. Bei dem Schulschluss müsse auch die sonstige Lebensführung der Schüler berücksichtigt werden, ebenso bei der Frage nach der Abschaffung des Nachmittagsunterrichts. Die Schwierigkeit einer zweckmässigen Anordnung und Dauer der Pausen erscheint dem Verfasser sehr gross und auf Grund der vorliegenden Experimente noch ungelöst.

Bei der Vertheilung der Unterrichtszeit auf die einzelnen Lehrgegenstände bezw. Unterrichtsthätigkeiten bespricht Schiller die bisher gemachten Versuche, die er selbst zu wiederholen und zu erweitern beabsichtigt und geht daun näher auf einzelne Fragen ein, speciell welche Arbeiten der ersten, welche der letzten Schulstunde zuzuweisen seien, ob es sich empfehle, statt in getrennten in zusammenhängenden Stunden zu unterrichten (1¹|2 Stunden Geschichte z. B. zusammenhängend statt 2 Stunden an verschiedenen Tagen). Die "Concentration" der Unterrichtsgegenstände sowohl, wie die in der Person des Lehrers wird von dem Verfasser energisch vertreten. Einige Normalstundenpläne für Schulen mit und ohne Nachmittagsunterricht sind im Anhang mitgetheilt.

Jeder, dem die Entwicklung des Schulwesens am Herzen liegt, wird den Ausführungen des Verfassers mit Vergnügen folgen, deren Hauptverdienst neben der erasthaftesten Berücksichtigung der Experimentalpsychologie in der Energie besteht, mit der er dem eingewurzelten Schlendrian der mathematischen Vertheilung der Stundenpläne entgegentritt.

G. Aschaffenburg (Heidelberg).

XXXIII) B. Sachs (New-York): Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. Deutsch von B. On uf-On ufro wiez. 534 S. 80. Mit 162 Abbildungen und einer lithographischen Tafel.

(Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1897.)

Das gut verdeutschte Buch bringt eine ausführliche Darstellung des im Titel genannten Stoffes nebst einer Einleitung in die Nervenpathologie; ich möchte es nicht als eine Darstellung der Nervenpathologie der Kindheit für Nervenärzte, sondern als eine vollständige Darstellung der gesammten Nervenpathologie für Kinderärzte, welche der Nervenheilkunde ferner stehen und in sie für ihre speciellen Zwecke eingeführt werden wollen, bezeichnen; für den ersten Zweck wäre es vielfach zu ausführlich in den allen Nervenärzten vertrauten Dingen und zu wenig austührlich in der scharfen Hervorhebung dessen, was die Nervenkrankheiten des Kindesalters von denen der vollentwickelten Individuen unterscheidet; eine solche gewiss erwünschte Darstellung fehlt noch immer. Die Vorzüge des Buches bestehen in der genauen und originellen Schilderung der nur dem Kindesalter eigenthumlichen Krankheiten, besonders ist die Darstellung der cerebralen Lähmungen (wo man eine Erörterung der begleitenden Oculomotoriuslähmungen vermisst) und das sehr zweckmässiger Weise an die Spitze gestellte Kapitel über die Convulsionen als wohlgelungen zu bezeichnen, ebenso die der auf mangelhafter Entwicklung hervorgerufenen Zustände im Rückenmark und Gebirn. die Schilderung der hereditären und familiären Krankheiten des Rückenmarks und der Muskelatrophieen ist sehr befriedigend.

Kurz und offenbar ohne genügende Grundlage in eigener Erfahrung ist die Bearbeitung der Psychosen ausgefallen. Ueberall tritt sonst in der Darstellung die eigene Erfahrung bervor, nur werden dabei Raritäten, wie das Vorkommen der Paralysis agitans, zu eingebend behandelt, während manche Lücken bleiben; man erfährt z. B. nichts von den cerebralen Complicationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens, nichts von der in den Südstaaten Amerikas doch nicht seltenen Pellagra. Von eigener reicher Erfahrung zeugen ferner die vielen, fast durchweg photographisch hergestellten Original-Abbildungen; es ist rühmlich für den Verleger, dass er nicht einfach in den grossen Vorrath seiner Clichés gegriffen, sondern soviel Nenes, sicher mit vielen Kosten, geboten hat.

Vieles, was gar nicht oder allzu kurz behandelt ist — Taubstummheit, Stottern, Akromegalie, Myxödem, Hämatomyelie — Dinge, die dem Practiker doch recht häufig in der poliklinischen Praxis begegnen, wird in einer neuen Auflage berücksichtigt werden müssen. Auch die Athetose ist sehr stiefmütterlich behandelt. Diese Dinge bätten an Stelle der im Kindesalter nicht vorkommenden, aber ausführlich dargestellten Syringomyelie erwähnt werden müssen Freilich musste S., wenn er eine vollständige Schilderung der Nervenpathologie für Kinderärzte geben wollte, auch Dinge berühren, die bei Kindern seltenste Curiosa sind, nur hätte das nicht auf Kosten specifisch infantiler Zustände geschehen müssen.

Tabes, Moral insanity, progressive Paralyse im Kindesalter werden gar nicht oder nur ganz flüchtig berührt; das ist ein entschiedener Mangel. Auch die Darstellung der Syphilis des Rückenmarks ist dürftig und berücksichtigt Publicationen, zu deren Einsicht es bei Herstellung der vom Verfasser durchgesehenen Uebersetzung noch Zeit war, nicht. Indessen über-

wiegen die Vorzüge diese wenigen und geringen Mängel. Vielleicht giebt S. uns später einmal eine Schilderung der differentiae specificae der kindlichen Neuropathieen. Kurella.

XXXIV) H. Obersteiner: Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems, III. Heft, 1893.

1. Redlich: Ueber die sogenannte subcorticale Alexie.

Zur Vervollständigung und Coreectur der heutigen Aphasielehre veröffentlicht R. folgenden klinisch und anatomisch sorgfältig beobachteten Fall: Ein 64jähriger Mann bot nach 2 Schlaganfällen folgende Erscheinungen: Rechtsseitige Gliederparese, rechtsseitige Hemianopsie, leichte motorische Aphasie, nur geringe Schreibstörung, indem er einzelne Worte nicht schreiben kann, optische Aphasie, jedoch ohne Seelenblindheit, und völlige Alexie, die sich selbst auf die eigene Schrift erstreckte: Es war das von Wernicke "subcorticale Alexie", von Déjérine "cécité verbale pure" genannte Symptomeubild. Die Section ergab eine Erweichung in der linken Hemisphäre, welche, wie macro- und microscopisch festgestellt wurde, folgende Hirntheile betraf: Einen grossen Theil der Calcarina-Rinde, des lob. lingualis und fusiformis, kleinere Theile des Ammonshorns und des hippocampus, endlich den hintersten Theil des thalamus opticus und des Schweifkerns; von Fasersystemen waren degenerirt die ganze Sehstrahlung, der forceps minor (der Calcarina und dem lob. lingualis entsprechend), ein kleiner Theil des forceps major, des splen. corp. call., ein grosser Theil des fasc. longit. inf. (nach Sachs' Bezeichnung) und der vordere Theil des tapetum; intact war die Rinde der Convexität, speciell der Gyrus angularis. Erweichungsgebiet entspricht dem Verschlusse eines Zweiges der art. cer. post.

Causal deutet nun R. die Befunde so, dass Zerstörung der linken Sebstrahlung die Hemianopsie verursachte, dass die Erweichung des fascic. longit. inf. die Verbindung zwischen linkem Sehfeld und dem Wortklangcentrum und dass die Zerstörung des tapetum die Verbindung zwischen rechtem Sehfeld und der linken 1. Schläfenwindung aufhebe. An den klinischen und anatomischen Bericht des Falles schliesst R. eine Reihe kritischer Fragen, zu deren Beantwortung der grösste Theil der einschlägigen Litteratur herangezogen wird und deren wichtigste folgende sind: Ist der anatomische Befund als typisch anzusehen? wie ist die Alexie zu erklären und ist die Bezeichnung aubcorticale Alexie fernerhia zu empfehlen? Die erste Frage ist nach den bisher veröffentlichten Fällen zu bejahen, die zweite so zu beantworten, dass nur Zerstörung der Verbindungsbahnen beider Sehnerver mit dem Rindenfelde der Wortklangbilder Alexie erzeugt, nicht rechtsseitige Hemianopsie allein, wie u. a. ein eingeschalteter Fall beweist. Betreffend die dritte Frage empfiehlt R., statt Wernicke's Bezeichnung die weniger präjudicirenden Ausdrücke Alexie mit Hemianopsie und mit oder ohne Agraphie zu wählen.

2. M. Dexler: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der chronischen Compressionsmyelitis des Hundes. (Referat siehe dieses Centralblatt.)

3. G. Bikeles: Zur pathologischen Anatomie der Hirn- und Rückenmarks-Erschütterung.

B.'s Arbeit soll zeigen, wie passende Untersuchungsmethoden (hier Marchi's Methode) selbst bei bisher als functionell bezeichneten Erkrankungen anatomische Befunde fördern können.

Die Hirnerschütterung wurde experimentell bei Meerschweinehen durcht wiederholte Schläge auf den Kopf erzeugt und das Centralnervensystem dann nach Marchi's Methode untersucht: Dabei fanden sich in ziemlich guter Uebereinstimmung bei allen Fällen — entsprechend den klinischen Erscheinungen: theils tonische, theils elonische Krämpfe, motorische Ataxie und Paresen — geringe Degenerationen in der Oblongata und im oberen Bückenmark, dort im Gebiet der Kleinbirnseitenstränge, der Bindearme und der substantia reticularis, hier der Vorderseiten- und Seitenstränge. Meist frei blieben Pyramiden und Hinterstränge. Der Process selbst war ein Markscheidenzerfall in Folge "traumatisch-degenerativer Neuritis".

Angesichts dieser und einiger von Obersteiner und Schmaus bei menschlicher Rückenmarkserschütterung erhobenen Befunden (auf- und absteigende Degenerationen und kleine Erweichungen) glaubt B., entgegen Charcot und Oppenheim, schliessen zu können, dass namentlich bei den mit schweren Symptomen einhergehenden Fällen von traumatischer Neurose anatomisch nachweisbare Veränderungen vorhanden sind.

4. G. Bikeles: Ein Fall von multipler Sklerose mit subacutem Verlaufe.

Bei einem nach Trauma sich entwickelnden Falle von multipler Sklerose fand B. Kernvermehrung an der Grenze und Markscheidenzerfall im Innern frischer sklerotischer Herde, dagegen keine erhebliche Gefässalteration. Nach dieser — aphoristisch mitgetheilten — Beobachtung ist B. geneigt, sich Denjenigen anzuschliessen, welche die multiple Sklerose als eine Myelitis, die Gefässveränderungen demnach als secundäre Processe ansehen.

5. A. Piloz: Beitrag von der Lehre von der Pigmententwickelung in den Nervenzellen.

P. stellte Untersuchungen über Pigmententwickelung bei Menschen und Thieren an und kam dabei zu folgenden Schlüssen: Sicher und leicht sind 2 Arten Nervenzellpigment zu unterscheiden, ein dunkelbraunes in der Substantia nigra, dem locus coeruleus und dem Vaguskern und ein blondes, hellgelbes in den Zellen des Rückenmarkes und der Hirnrinde; ersteres färbt sich mit Hämatoxylin-Weigert, letzteres mit Osmiumsäure dunkler; beide Arten sind selbstständig und entwickeln sich nicht auseinander. Zeitlich zuerst tritt das braune Pigment des loc. coer. auf, schon im 10. Lebensmonat; im 3.—4. Jahre zeigt sich Pigment in der Substantia nigra, im 6. Jahre in den Zellen der Spinalganglien, im 8. Jahre in den grossen Vorderhornzellen; in den grossen Pyramiden der Hirnrinde sah P. kein Pigment vor dem 20. Jahre.

Bei Thieren entbalten nach P.'s Beobachtungen weder der loc. coer. noch die Substantia nigra Pigment.

6. H. Schlesinger: Ueber Hinterstrangsveränderungen bei Syringomyelie.

Der durch seine Monographie wohlbekannte Verfasser theilt hier seine Erfahrungen über Gliawucherungen in den Hintersträngen bei Syringomvelie mit. Hier fanden sich nämlich in den nach Flechsig's. Strumpell's u. A. Forschungen abwärts degenerirenden Bezirken der Hinterstränge, welche vom tabischen Process verschont, dagegen bei Taboparalyse und Pellagra in erster Linie ergriffen werden, also im Streif am hinteren Septum, im "Schultze'schen Comma" und im "centralen Hinterstrangfeld" relativ häufig Gliawucherungen, welche aber durch Gliabrücken mit dem centralen Gliaherde in Verbindung standen. Namentlich wurde das centrale Feld oft völlig von Glia eingenommen, die von vorn her keilförmig zwischen die Hinterstränge bineinwuchs. Natürlich waren die Gliaherde selten genau auf die genannten Gebiete beschränkt, immerhin muss ein gesetzmässiger Zusammenhang gesucht werden, den S. findet mit Hilfe von Marie's Hypothese, dass Degenerationen sowohl des medianen Streifens wie des Commas Folge einer Läsion der grauen Substanz sind. Wenn eine solche bei Syringomyelie stattfindet, tritt eine Degeneration in jenen Bezirken ein, aber damit zugleich eine Gliawucherung vom centralen Herde ber. Dieser wird also durch die Degeneration jener Felder nur die Richtung angegeben, welche sie einschlägt.

7. H Schlesinger: Ueber das wahre Neurom des Rückenmarkes. Als Raritäten beschreibt S. 3 zufällig gefundene etwa stecknadelkopfgrosse Neurome, die aus einem bald mehr bald weniger kransen Kuäuel markhaltiger Nervenfasern mit einem relativ geringen Stroma von kernhaltigem Bindegewebe bestanden. Eines davon fand er neben einem tabischen Hinterhorn, das andere an der Vorderwand einer syringomyelitischen Höhle und das dritte neben dem Hinterhorne eines auch an Syringomyelie erkrankten Rückenmarks, also alle in pathologisch verändertem Nerven. gewebe.

S. glaubt deshalb den "chronischen Reiz" des Krankheitsprocesses für die Entstehung dieser und ähnlicher sonst beschriebener Bildungen verantwortlich machen zu dürfen.

8. H. Obersteiner: Ueber interfibrilläre Fettdegeneration der Muskelfasern an einer hemiatrophischellzunge bei Tabes.

O. beobachtete an den nach March i behandelten Muskeln neben Farbenveränderung der sonst noch deutlich gezeichneten Muskelfasern perlenschnurartige Reihen feinster schwarzer Körnchen, welche neben den Fasern im Sarcoplasma zu liegen schienen. O. fasst sie als Producte fettiger Degeneration der von Kölliker beschriebenen, im Sarcoplasma reihenweise angeordneten "interstitiellen Körner" auf. Diese Körner bilden ev. feine Indicatoren von Ernährungsstörungen im Muskelgewebe; sie fanden sich z. B. auch in Muskeln von überwinterten Fröschen.

9. H. Obersteiner: Bemerkungen zur tabischen Hinterwurzelerkrankung.

O. antwortet hier auf die von verschiedenen Seiten gegen seine und Redlich's Lehre von der Pathogenese der Tabes erhobenen Einwände.

Der 'hänfigst wiederkehrende, besonders von Borgherini und C. Mayer geäusserte ist derjenige, dass die leptomeningitischen Veränderungen, wiewohl oft vorhanden, doch nicht immer ausreichen, um eine "Einschnurung" der hinteren Wurzeln zu erklären. O. entgegnet, dass häufig arteriosklerotische Veränderungen genügen, um Compression oder Ernährungs. störungen der sehr vulnerablen Stelle hervorznbringen und dass er als comprimirenden Factor weniger eine ausgesprochene Meningitis verstanden wissen wili als neinen in der Pia spinalis ablaufenden Reizzustand", der im weiteren Verlaufe zur bindegewebigen Schrumpfung führt, ähnlich wie sie die Syphilis auch in anderen Organen erzeugt. Nageotte, der das Princip billigt, aber die Compressionsstelle verlegen zu müssen meint, nämlich in die durale Pforte der hinteren Wurzel, wird von O. durch rein anatomische Anatomische Thatsachen widersprechen Beweismittel widerlegt. Marie's Hypothese. Dieser nimmt, um die stärkere Degeneration des intramedullären Theiles der hinteren Wurzel zu erklären, an, dass hier die als "Collateralen" abgespaltenen Primitivfibrillen degeneriren.

Aus Allem gewinnt der Leser die Ueberzeugung, dass O. und R.'s Lehre leichter zu vertheidigen als anzugreifen und dass sie immer noch diejenige ist, welche die klinischen und anatomischen Erscheinungen der Tabes am besten erklärt.

. E. Trömner (Dresden).

XXXV) M. Misiewicz (Warschau): Andrologia. (Männliche Sexualleiden)

1. Liefer. des polnischen Jahrbuchs für Urologie und Syphilitographie.
(254 S 80, 1896. Warschau, Laskauer und Pabicki.)

Das Buch behandelt nacheinander Innervation der männlichen Sexualorgane; Sexualneurosen; Reflexneurosen von den männlichen Genitalien aus;
tuberkulöse und "prostatische" Erscheinungen; allgemeine Therapie; es stellt
zugleich die erste Lieferung eines Jahrbuchs (s. d. Titel) vor. Der erste
Theil enthält eigene Beobachtungen des Verfassers über die Innervation von
Nieren, Nebennieren, Uretheren, Blase und Genitalien; länger und ausführlicher ist die fast die Hälfte des Buchs einnehmende Darstellung der Sexualneurosen. Dabei tritt mehr Fleiss als Kritik und Nachdenken, gelegentlich
auch ein grober Schnitzer hervor; woher in aller Welt hat M. die Notiz,
dass das centrum ejaculationis und das centrum spermiparum in der Höhe
des 4. Lendenwirbels liegen? Hat ihm vielleicht das 4. Sacralsegment vorgeschwebt? Aehnliche Zeichen flüchtigster Compilation trägt vor Allem die
Casnistik, die er mittheilt.

Unter dem Titel der psychopathischen Impotenz wird die ganze Psychopathia sexualis des Mannes eingehend abgehandelt; was dabei die Tribadie soll, bleibt unklar.

Als Textproben gebe ich folgende Tabellen:

I. (S. 60 f)

Ein solches contrares Geschlechtsgesühl, welches in immissione penis in anum besteht, heisst paederastia, wobei folgende Varietäten zu unterscheiden sind:

1. Paederastia activa, ausgettht durch den Pæderasten (eine Mannsperson);

- 2. Paederastia passiva, in welcher die passive Rolle eine Mannsperson Kinede spielt, welche sich in sexueller Beziehung als Mann betrachtet;
 - Paederastia gynandro rum, d. h. Weiber (!), welche sich als Männer fühlen und den Männern als Kineden dienen.
- 4. Paederastia viraginum, in welcher Männer die Rolle des Weibes spielen;
- 5. Pedicatio puerum (1) et puellarum activ;
- 6. Pedicatio mulierum und sogar uxorum;
- 7. Tribadia, amor gynandrorum seu lesbicus.

Man muss die congenitaten Paederasten oder sog. Urminge (sic) von der angewöhnten Pæderastie unterscheiden.

II. (S. 70).

"Bei Masturbation vor dem 10. Jahre tritt Impotenz ein im 50. Jahre.

Bei allgemeiner Neurasthenie auf sexuellem Boden manchmal schon im 40. Jahre."

Nach diesen Proben möchte ich unserem Andrologen nicht weiter bis in die Gebiete des Prostatismus, der Palydypsie, Albuminurie und Psychotherapie folgen. Auch das stellenweise ganz barbarische Polnisch des Autors kann nicht dazu verlocken. Kurella.

XXXVI) Frederic Bateman (Norwich): The Idiot: His place in creation and his claims on Society. (Der Idiot, seine Stellung in der Natur und seine Ansprüche an die Gesellschaft.) (Zweite Auflage.)
(London, Jarrold & Sons, 1897. 128 S. 80.)

Das kleine Buch soll die Ansprüche idiotischer Kinder der ärmeren Klassen iu England der Hilfe wohlthätiger Menschen empfehlen. gelehrter Autor ist selbst consultirender Arzt der Idiotenanstalt für die sudöstlichen Grafschaften Englands, wie auch zweier öffentlicher Irren-Ich bemerke dazu, dass in England Freistellen in Wohlthätigkeitsanstalten für Idioten-Erziehung gewöhnlich von den zahlenden Patronen solcher Austalten verliehen werden, ausser in der Grafschaft London, deren Anstalten aus Lokalsteuern unterhalten werden und wo die Aufnahme nur von der Pflegebedürftigkeit und Mittellosigkeit der einzelnen Fälle abhängt. Mit dem erstgenannten System hat Sir Frederic nichte zu thun; er tritt beredt für die Interessen einer Categorie von Unglücklichen ein, welche zu oft in Irrenanstalten für Erwachsene und in Armenhäuser gesteckt werden. Seinem Zweck eutsprechend ist das Buch populär gehalten und der Verfasser hat versucht, es dadurch interessanter zu machen, dass er Erörterungen über Fragen, wie das Wesen der Krankheits-Vererbung, Heirathen unter Blutsverwandten, Ueberburdung in Schulen, Beziehungen zwischen Hirngewicht und Intelligenz und die relativen geistigen Fähigheiten von Mann und Weib einschaltet.

Alle diese Fragen werden gewandt und klar erörtert. An anderen Stellen des Buchs zeigt B. eine gründliche Kenntniss der Litteratur der Idiotie und Imbecillität und der neuesten Errungenschaften der Nerven-

Digitized by GOOGLE

pathologie. Er ist nicht nur mit Becht als hervorragender Kliniker bekannt, sondern kann auch als Sprachforscher Anspruch auf Beachtung erheben. Der Aufmerksamkeit der Practiker empfehle ich besonders, was er über die Thyroid-Therapie des sporadischen Cretinismus sagt. Sir Frederic ist auf dem Continent besonders durch eine Monographie der Aphasie bekannt, für die er den Preis der Pariser Académie de médecine erhalten hat. In der vorliegenden Schrift tritt er für eine spiritualistische Auffassung der menschlichen Natur ein. Idiotie ist für ihn nur eine Affection des materiellen Organs der Psyche und er erwartet von der Erforschung des Schwachsinns erhebliche Förderung der Erkenntniss mancher schwieriger Fragen der Psychologie.

W. W. Ireland (Mavisbush).

XXXVII) Enrico Ferri: Das Verbrechen als sociale Erscheinung. Grundzüge der Criminal-Sociologie. Antorisirte deutsche Ausgabe von Hans Kurella. (Bibliothek für Socialwissenschaft, Bd. 8.)

(Leipzig. Georg H. Wigand's Verlag 1896. 497 S)

Durch die Herausgabe von Ferri's Sociologia criminale nach der 3. Auflage mit den Veränderungen der noch nicht erschienenen 4. hat sich die Bibliothek für Soc. ein Verdienst erworben, was auch der zugeben muss, der theilweise oder völlig auf anderem Standpunkte steht. Schärfer kann der Gegensatz zwischen der klassischen und der positiven Schule nicht hervorgehoben werden, als in den Parallelsätzen der Einleitung. Die klassische Schule nimmt an:

- 1. dass der Verbrecher dieselben Anschauungen und Gefühle habe wie alle Welt:
- 2. dass die wesentliche Wirkung der Strafen die Hinderung der Zunahme der Verbrechen ist;
- 3. dass der Mensch Willensfreiheit besitzt und schon allein deshalb für seine Handlungen verantwortlich ist.

Dem stellt die positive Richtung folgende Anschaaung entgegen:

- 1. Dass der verbreche ische Mensch durch seine ererbten oder erworbenen Eigenschaften eine besondere Varietät der menschlichen Art ist;
- dass das Auftreten, die Zunahme, die Abnahme und das Verschwinden der Verbrechen von ganz anderen Factoren abhängt, als den vom Gesetz vorgeschriebenen und von den Richtern angewendeten Strafen;
- 3. dass der freie Wille nur eine subjective Illusion ist, welche durch die wissenschaftliche Psycho-Physiologie aufgehoben wird.

In dem 1. Theil des Werkes bespricht Ferri die Thatsachen der Criminalanthropologie und versucht der Reihe nach die wichtigsten kritischen Einwände zu widerlegen. Von besonderer Wichtigkeit erscheint der Einwand, dass der Begriff des Verbrechens in der Geschichte veränderlich sei und demnach auch die anthropologischen Merkmale nicht constant sein könnten. Diesem hält Ferri entgegen, dass sich die Hauptsätze der Criminal-Anthropologie auf die fundamentalen Formen der Verbrechen beziehen. Bei der Frage des Vorkommens der typischen Merkmale auch bei normalen Individuen macht Ferri darauf aufmerksam, dass das Verbrechen nicht nur das Ergebniss biologischer Anomalien, sondern ihr Ergebniss unter bestimmten

physischen und socialen Verhältnissen sei. Diesen Satz erweitert Ferri unter eingehender Motivirung zu dem Leitsatz: Der Verbrecher ist eine Erscheinung biologisch-physisch-socialen Ursprungs. Die Verbrecher selbst theilt er in 5 Klassen: Verbrecherische Irre, geborene Verbrecher, Verbrecher aus erworbener Gewohnheit, Gelegenheitsverbrecher und Leidenschaftsverbrecher.

In dem 2. Theile, der Criminal-Statistik, bespricht Ferri eingehend die Bewegung der Criminalität. Seine werthvollen Tabellen leiden unter der Nichtberücksichtigung der Bevölkerungszunahme; sein Bedenken wird durch die Methode der deutschen Criminalstatistik vermieden, die jedes Verbrechen auf die Zahl der straffätigen Einwohner reducirt. Ueberhaupt hätte die in der Sorgfalt der Nachweisungen unübertroffene Statistik des Deutschen Beiches seit dem Jahre 1882 eine eingehendere Berücksichtigung verdient. Dass thatsächlich das jetzige Strafsystem nicht im Stande gewesen ist, die Verbrechen einzuschränken, muss ohne Weiteres zugegeben werden.

Jedes Verbrechen ist die Resultante der individuellen, socialen und physischen Bedingungen, deshalb muss die Gesellschaft zwei Gegenmittel anwenden, die Verbesserung der socialen Zustände einerseits, die dauernder oder zeitweiser Ausscheidung des Verbrechers aus der Gesellschaft andrerseits. Den Vorschlägen zur Verbesserung der socialen Zustände ist das

Kapitel "die Strafersatzmittel" gewidmet.

Dass Ferri durchaus jeden Gelauken an das Bestehen einer Willensfreiheit ablehnt, ist selbstverständlich. Er will ihr nicht einmal in dem sehr beschränkten Sinne eine Berechtigung zubilligen, in dem sie z. B. durch v. Liszt aufgefasst wird. Dementsprechend tritt bei ihm an die Stelle der sittlichen die sociale Verantwortung, die für das System der Bepression den Character der socialen Repression verlangt, deren Hauptprincip die Anpassung der Abwehrmittel an die Categorie ist, zu der der Verbrecher gehört.

Es ist ganz unmöglich, in der Kürze eines Referates auch nur eine entfernte Vorstellung von dem Gedankenreichthum des Werkes zu geben, ebenso wenig allerdings nur einige Punkte zu kritisiren. Referent will wenigstens das eine Bedenken nicht verhehlen, dass Ferri, der doch selbst auf diesem Gebiete gearbeitet hat, den Einfluss der physischen und socialen Ursachen des Verbrechens trotz der eingehenden Besprechung, die er ihnen widmet, gegenüber den individuellen Factoren zu unterschätzen scheint, und dass seine Anschauungen über die Möglichkeit, Verbrecher zu bessern, wohl etwas zn pessimistisch sind.

Gustav Aschaffenburg (Heidelberg).

VI. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

1. Anatomie.

205) Prof. Dr. Joh. Ranke (München): Zur Anthropologie des Rückenmarkes.

(Correspondensblatt der deutschen Gesellschaft für Anthropologie etc. Jahrg. XXVI, 1895, Nr. 10, October.)

Verfasser hat eine Reihe von Wägungen des Rückenmarkes (ohne Hänte und Nervenwurzeln, mit verlängertem Mark) und der Augen im Verhältniss zu dem Gehirn anstellen lassen, um zunächst der Frage näher zu treten, ob das Rückenmark und die beiden Augen (als ein Theil des peripheren Nervensystems) des Menschen im Verhältniss zum Gehirn weniger massig entwickelt sind, relativ weniger wiegen als die entsprechenden Organe der Wirbelthiere. Das Resultat dieser Wägungen war folgendes:

- 1. Während beim erwachsenen Menschen das Verhältniss des Gewichtes des Rückenmarkes zu dem des Gehirns, dieses = 100 gesetzt, etwa 2°/0 beträgt, schwankt dasselbe bei den untersuchten Säugethieren von dem Minimum 22,23 Siebenschläfer und 22,77 grosser Hund bis zum Maximum 47,08 bei der Kuh, 46,02 Kaninchen und 40,51 Pferd. Im Minimum ist demnach das Rückenmark im Verhältniss zum Gehirn noch 10 mal schwerer bei den Säugethieren, als bei dem Menschen, im Maximum 20 mal. Ganz entsprechend ist das Verhältniss bei den Vögeln, 10 beim Sperling, 56 bei der Henne, beim Frosch 3) (Männchen) bis 57 (Weibchen). Bei dem Schellfisch sind Gehirn und Rückenmark gleich schwer, das Verhältniss ist also hier 50 mal grösser als beim Menschen. Für den Gorilla schätzt R. das Verhältniss approximativ auf 5,6—6°/0.
- 2. Während die zwei Angeu bei dem erwachsenen Manne etwa 10/0 des Gehirngewichtes ausmachen, das Hirn hier also gegen .0) mal schwerer ist als die beiden Augen, schwankt bei den untersuchten Säugethieren das Verhältniss von dem Minimum bei dem grossen Hunde von 1200, bei der Kuh mit 16% bis zu 18% bei dem Pferd; sebr auffallend sind die grossen Augen der Nagethiere, Minimum 15% bei der Ratte, 210/0 bei dem Siebenschläfer bis zu dem Maximum für alle untersuchten Säugethiere bei dem Kaninchen mit 60%; die Augen der angeführten Sängethiere sind sonach zwischen 12 mal und 60 mal schwerer als die des Mannes im Verhältniss zum Gehirn. Bei dem Siebenschläfer sind die beiden Augen nahezu gleich schwer wie das Rückenmark, Differenz 100; bei dem Kaninchen sind die beiden Augen um 140 schwerer als das Rückenmark. — Beim Sperling sind die Augen fast halb so schwer wie das Gehirn, Verhältniss 43,770 und sie sind mehr als 4 mal schwerer als das Rückenmark; bei der Henne sind die beiden Augen schwerer als das Gehirn, Verhältniss 103,8 30,0, und etwa doppelt so schwer wie das Rückenmark. - Bei dem Frosch sind die beiden Augen ca. 3-4mal schwerer als das Gehirn, Ver-

hältniss 291,9 und 393,75, und 7—8 mal schwerer als das Rückenmark; bei den Schellfischen sind die Argen mehr als 13 mal schwerer als das Gehirn und das gleich schwere Rückenmark. Für den Gorilla dürfte sich das Augengewicht auf 3,1200 stellen, sonach auch circa 3 mal so schwer als beim Manne sein.

Die weiteren Untersuchungen Ranke's beziehen sich auf das Verbältniss des Nervensystems zum Körpergewicht. Die Resultate sind folgende:

- 1. Das absolute Gewicht des Gehirnes, ebenso das des Rückenmarkes und der Augen nimmt in der Reihe der Säugethiere mit der Abnahme des absoluten Körpergewichts stetig ab; zu einem schwereren Körper gehört also das schwerere Gehirn, schwerere Rückenmark und schwerere Auge. Und zwar nimmt das absolute Rückenmarksgewicht langsamer ab als das Körpergewicht.
- Dagegen je kleiner und leichter das Säugethier wird, um so schwerer werden relativ zum Gesammtkörpergewicht sowohl Gehirn als Rückenmark.
- 3. Mit dem zunehmenden Körpergewicht nimmt bei erwachsenen Individuen der gleichen Spezies (Hund) auch das absolute Gewicht der Nervenmasse (Gehirn, Rückenmark, Auge) zu und zwar bei dem Uebergange von sehr kleinen Körpergewichten zu grösseren anfänglich relativ sehr rasch, dann immer langsamer, während zwischen Individuen von sehr verschiedenen, aber absolut sehr hohen Gewichten des Körpers der Unterschied der Nervenmasse ein sehr kleiner ist. Es zeigt sich dieses Verhalten sowohl bei dem Gehirn als bei dem Rückenmark, bei letzterem aber, wie es scheint, viel constanter.
- 4. Auch an jugendlichen Individuen (Thieren und Menschen) hat sich herausgestellt, dass mit dem Körperwachsthum, d. h. mit dem zunehmenden Gesammtkörpergewicht Gehirn, Rückenmark und Augen in ihren absoluten Gewichten zunehmen. Ebenso ergiebt sich wieder umgekehrt, dass im Verhältniss zum Gehirngewicht das Rückenmarksgewicht mit dem zunehmenden (fehirngewicht relativ zunimmt Im Verhältniss zum Körpergewicht ergiebt sich, dass mit zunehmendem Körpergewicht das relative Gehirngewicht, das Rückenmark und die Augen rasch abnehmen, d. h. die kleinsten resp. jüngsten Individuen haben relativ extrem viel grössere Gehirne, Rückenmarke und Augen.

 Buschan.

206) V. Tirelli: Das postmortale Verhalten der Neurokeratins. (Come si comporta lo stroma neurocheratinico delle fibre nervose nel tronco periferico di un nervo reciso e nel cadavere.)

(Annali di freniatria, 1896)

Tirelli untersuchte das Verhalten der Neurokeratintrichter im peripheren Abschnitt des recidirten Ischiadicus: die Hornspiralen widerstehen der Dekomposition länger als Markscheide und Axencylinder, um so mehr, je älter das Thier ist, beim Hunde länger als beim Kaninchen; ihr Zerfall beginnt nicht im Keratinfaden selbst, sondern folgt demjenigen des Axencylinders, den die Spirale umfasst. Beim Menschen und beim Hunde kann sich die Hornspirale bis zu 18 Tagen post mortem anscheinend intact

erhalten. Tirelli glaubt, dass dieses Verhalten vielleicht von gerichtlich medicinischem Werthe werden kann.

Nach T.'s Auffassung dient die Spirale zur Sicherung der normalen Längsspannung des Axencylinders, die kleinen knolligen Auftreibungen, welche man öfter an letzterem bemerkt, würden in diesem Falle vielleicht pathologische Andentungen darstellen, insofern der träge, unelastische Axenfaden die Neigung haben muss, sich dieser mechanischen Spannung zu entziehen.

Ernst Jentsch.

207) A. Marino (Triest): Ein neues Fixirverfahren für Zellen- und Faserfärbung. (Una fissazione che permette colorazioni specifiche cellulari e il metodo di Weigert.)

(Rivista di patologia nervosa e mentale, II, H. 1, 1897.)

Grössere Stücke kommen in eine Mischung von 5 cbcm Formol und 0,1 gr Chromsäure auf 100 gr 90° Alcohol. Nach 24 Stunden Theilung des Stücks und Einlegung in frische Lösung, die noch 3-4 mal alle 24 Stunden gewechselt wird. Nach 4 Tagen sind die Stücke vollkommen gehärtet; sie können dann in 45° Alcohol aufgehoben werden. Die Nissl'sche und Held'sche Färbung kann dann sofort vorgenommen werden; für Markscheidenfärbung empfiehlt sich 24stündige Beizung in einer neutralen gesättigten Kupferacetal-Lösung + 1°/0 Lithiumcarbonat und einigen Tropfen Ammoniakwasser.

203) G. Pagano (Palermo): Periphere Associationsfasern der Sehnerven. (Sulle vie associative periferiche del nervo ottico.)

(Rivista di patologia nervosa e mentale, II, H. 2, 1897.)

Nach extraduraler Durchtrennung des einen Sehnerven — einer aseptisch verlaufenden Operation — fand P. constant eine theilweise Degeneration am anderen Sehnerven, die nach 18 Tagen merklich, nach einem Monat beträchtlich war; die meisten der degenerirten Fasern fanden sich auf der temporalen Seite des Neiven. Der Weg dieser Fasern im Chiasma und das etwaige entsprechende Vorkommen cellulärer Veränderungen in der Netzhant will P. anderwärts erörtern.

P. will später feststellen, ob solche associative Systeme der Sinnesorgane ausserhalb der Nervencentren" sich auch für die nn. acustici nachweisen lassen.

Kurella.

209) G. Jelgersma (Arnheim): Ursprung der Augenmuskelnerven bei Vögeln. (Oorsprong der motorische oogzenuwen bij de vogels) (Psychiatrische en Neurologische bladen 1897, März.)

Die Untersuchungen sind mit den neueren Färbeverfahren an Hirnen eben ausgeschlüpfter und erwuchsener Tauben und Krähen gemacht Die Augenmuskelkerne bilden darnach bei Vögeln 2 Gruppen von Ganglienzellen, von denen die eine auf der Höhe des Facialiskerns liegt, die andere — für n. trochlearis und n. oculomotorius eine zusammenhängende Reihe bilden, wobei jedoch der Trochleariskern dorsal vom hinteren Längsbündel liegt, der Oculomotoriuskern dasselbe von dorsaler nach medialer und ventraler Richtung hin umfasst. Der Trochlearis erfährt eine totale Kreuzung.

Das Verhalten des Oculomotorius bei Vögeln unterscheidet sich von dem bei Sängern im Wesentlichen dadurch, dass bei diesen alle Kerne des Oculomotorius dorsal vom hinteren Längsbündel liegen und dass bei ihnen das gekreuzte Bündel die Kerne derselben Seite passirt und sich erst hinter ihnen kreuzt, während bei Vögeln das gekreuzte Bündel die anderen Kerne nicht passirt.

Kurella.

220) G. Jelgersma: Grosshirnverbindungen des Oculomotoriaskerns bei Vögeln.

(Fes schrift der niederländ. Vereinigung für Psychiatrie 1896 S. 241.)

Nach Entfernung einer Hemisphäre bei Vögeln ergiebt sich der Verlauf eines Bündels, dessen Fasern als Axencylinder aus Zellen des Stammganglions entspringen, mit dem pedunculus inferior das Grosshirn verlassen, sich total mit denen des Bündels der anderen Seite kreuzen und mit Endbäumchen im Oculomotoriuskern der anderen Seite endigen. Das Bündel ist ein physiologisches Analogon der Pyramidenbahn der Sänger, was neben anderen Thatsachen darauf hindeutet, dass die Stammganglien das psychische Organ der Vögel darstellen. Kurella.

211) P. Ramón (Barcelona): Der Lobulus opticus des Chamäleons. (Estructura del encéfalo del camaléon: Lobulo optico.)
(Revista trimestral micrografica 1896, Augustheft.)

Die eingehende Untersuchung ergiebt eine weitgehende Uebereinstimmung im Bau des lobus opticus bei Fischen, Batrachiern, Beptilien und Vögeln. B. unterscheidet 14 Zonen, deren 3 Endbäumchen der Fasern des Sehnerven führen; zwei derselben enthalten nur spärlich entwickelte und platte Endbäumchen; dagegen zeichnen sich die Protoplasmafortsätze der eigenen Zellen des lobus opticus beim Chamäleon durch reichliche Bildung von Büscheln ("penachos") aus, welche den Contact mit den Endbäumchen des Sehnerven vermitteln. Kurella.

212) S. Ramón y Cajal: Die lateralen Dornen der Hirnzellen. (Las espinas colaterales de las celulas del cerebro.)
(Revista trimestral micrografica 1896, August)

Nach R ist die Ehrlich-Dogiel'sche Methylenblaufärbung von Nutzen für den Histologen, besonders zur Controlle der Golgi-Methode, aber ihr analytisches Vermögen ist geringer als das der letzteren, nicht nur wegen der Inconstanz ihres Effects, sondern weil sie folgende Fehler hat:

1. ist es unmöglich, mit ihr die Protoplasmafortsätze vollständig zu tingiren;

2. färbt sie die Collateralen und alle anderen sehr zarten Fibrillen selten und äusserst blass;

3. ist die Imprägnation der Protoplasmafortsätze ein Phänomen post mortem, das erst eintritt, wenn die Zellen in Berührung mit der Luft die "varioöse Congulation" und andere sehwere Veränderungen erleiden; dagegen färbt sie die collateralen Dornen nicht.

Auf Seite 131 deutet R. eine neue Hypothese über die Rolle der Neuroglia an, welche das Thema einer weiteren Arbeit bilden soll. (S. p. 62-66 der Monatsschrift von Wernicke und Ziehen.)

Kurella.

213) S. Ramón y Cajal: Methylenblaufarbung der Nervencentren. (El Azul de metilen en los centros nerviosos.)

(Revista trimestral micrografica 1896, December.)

Die sehr ausführliche, eine Fülle frischer histologischer Details bringende Arbeit ergänzt und berichtigt die in vorhergehender Nummer besprochene Abhandlung. Die zahlreichen Abbildungen lassen die Methylenblau-Effecte als Bilder von grosser Deutlichkeit erscheinen; ganz besonders tritt die Bifurcation (resp. Trifurcation) der sensibeln Wurzeln im Rückenmark mi einer Deutlichkeit und einer Menge von Varietäten auf, von denen die Golgi-Methode nichts verräth.

Für die Technik empfiehlt R. im Wesentlichen das alte Verfahren von Ehrlich: Einspritzung kalt gesättigter Lösungen in die Carotiden, bis die Nervencentren sich intensiv färben, Zerlegung der Organe in ausgedehnte macroscopische Schnitte, Exposition im Brütofen für 3,4—2 Slunden. Man verwende kleine, neugeborene oder doch ganz junge Thiere.

Eingehend wird dann die Collatera!enbildung im Rückenmark, das gegenseitige Verhalten der Kleinhirnelemente bei Vögeln und Säugern, das Ammonshorn und die fascia dentata, gewiße Formationen der Hirnrinde, die Held'schen Acusticus-Endnester und die collateralen Dornen der protoplasmatischen Zellausläufer besprochen.

Wir können dem Autor an dieser Stelle nicht in die feinsten Einzelheiten, besonders nicht in die ganz neue Welt der Arborisationen gewisser Kleinhirnzellen folgen. Wichtig ist der engste Contact, welchen ausgedehnte Endbäumchen der Collateralen der Hinterwurzel-Fasern mit grossen Zellen der Rolando'schen Substanz eingehen, mittels eines knopfförmigen Endes der Endbäumchen Fibrillen. Sehr bemerkenswerth sind ferner folgende allgemeine Ergebnisse "Nicht nur im Gehirn, sondern auch in anderen grauen Massen hat die Natur ihre Anordaungen so getroffen, dass der Contact einer nervösen Endfibrille mit einer anderen, wie der Protoplasmafortsätze untereinander, unmöglich wird; dagegen hat sie alles gethan, um die nervösen Endigungen mit den protoplasmatischen anderen Zellen in die innigste Beziehung zu bringen." Kurella.

214) S. Ramón y Cajal: Dynamismus der Nervenzellen.

(Leyes de la morfologia y dinamismo de las celulas nerviosas. 1897.)

Schon auf S. 181-182 der vorhergehenden Abhandlung hat R. Vermuthungen über Leitungsvorgänge ausgesprochen, die nun hier mehr hervortreten und eine gewisse allgemeine Entbehrlichkeit des Zellkörpers für die Leitung nervöser Erregung andeuten; R. schlägt vor — und er stützt sich dabei besonders auf das oben beschriebene Verhalten der Endbäumchen spinaler Collateralen — nicht mehr von cellipetalen und cellifugen, sondern von axipetalen und den drifugen Nervenströmen zu sprechen, welche ohne Passiren der Zelle zwischen den Neuronen ablaufen. R. deutet an, dass für ein solches Verhalten auch die Ersparniss von Zeit und Stoff spräche, welche damit — im Gegensatz zu einer steten Vermittelung durch den Zellkörper — gegeben wäre.

Kurella.

215) Alexandre Bruce: D'un faisceau spécial de la zone latérale de la moelle épinière.

(Revue neurologique Nr. 53, 1896.)

Die neueren Untersuchungen Cajal's über die Zusammensetzung der von Flechsig als seitliche Grenzschicht der grauen Substanz bezeichneten Stränge zeigen, dass diese von Fasern gebildet werden, welche von Ganglienzellen der Vorder- und Hinterhörner stammen und nach kurzem Verlauf auf- und absteigend in die graue Substanz zurückkehren. In welchom Verhältnisse der Strang mit dem Vorder- und Hinterhorn zusammenhängt, blieb jedoch bisher unklar. Bruce suchte dieser Frage durch genaue anatomische Untersuchung des Rückenmarkes in einem Falle von amyotrophischer Lateralsklerose näher zu treten. Es fand sich hier in Schnitten, die nach Weigert-Pal oder Wolters gefärbt waren, die vordere Partie der seitlichen Grenzschichte in so fortgeschrittenem Maasse degenerirt, wie die Grundbundel des Vorderseitenstranges, während die hintere Partie der Schichte durch ihre tiefe Färbung einen auffälligen Gegensatz zu der vorderen bildete; doch enthielt dieselbe ebenfalls, wie sich an nach Marchi gefärbten Schnitten zeigte, einzelne degenerirte Fasern. Br. bält es für wahrscheinlich, dass die degenerirten Fasern mit dem Vorderhorn, die nicht degenerirten Fasern der hinteren Partie vorzugsweise mit dem Hinterhorn zusammenbängen und die seitliche Grenzschichte sich daher aus 2 fast vollständig unabhängigen Fasersystemen aufbaut, welche lediglich das Gemeinsame haben, dass die sie zusammensetzenden Fasern von Zellen der grauen Substanz ausgehen und Fasern von kurzem Verlaufe sind.

L. Löwenfeld.

Digitized by GOOSIC

216) W. v. Bechterew: Der besondere innere Strang der Seitenstränge. (Obosrenije ps'chiatrii, April 1897, S. 265 ff.)

v. B. zeigt in Citaten der ersten Auflage seiner Leitungsbahnen und an solchen der zweiten, dass er, besonders ausführlich in der letzteren, unter dem Namen der "inneren Bahn" der Seitenstränge bereits die von Bruce (in der oben referirten Arbeit) beschriebenen Verhältnisse geschildert hat und dass die Befunde B.'s seine auf Untersuchung von Föten gestützte Beschreibung bestätigen.

217) Reinhold: Beitrag zur Kenntniss der Lage des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata des Menschen.

(Deutsche Zeitschriit für Nervenheilkunde, Bd. 10, p. 67 ff.)

Verfasser beobachtete und untersuchte in der Freiburger psychiatrischen Klinik drei letal endigende Fälle, welche als Symptomentrias Glycosurie, starke vasomotorische Störungen und sehr stark subnormale Temperaturen zeigten. Dass im ersten Falle die Temperaturherabsetzung nicht vorhanden war, erklärt sich nach des Verfassers Meinung durch eine stärkere croupöse Pneumonie; und dass im dritten Falle die Glycosurie fehlte, hat seinem Grund in der sehr starken allgemeinen Hyperämie aller Bauchorgane. Die nähere Erklärung darüber siehe weiter unten. Als Ursache der bei allem 3 Fällen beubachteten vasomotorischen Störungen fanden sich jedesmal anatomische Veränderungen am Boden des IV. Ventrikels, deren Localisation einen bestimmten Typus erkennen liess und einen sicheren Anhaltspunk-

für die Lage des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata abgiebt.

Der erste Patient befand sich wegen schwerer Melancholie schon Jahre lang in der Anstalt. Am 25. December 1893 entstand plötzlich starkes Oedem der Füsse und der rechten Augengegend und ein kleiner Furunkel am linken Nasenflügel. Die Temperatur ging 2 Tage darauf auf 38 Grad, 1 Tag später erschien Zucker im Urin. Weiterhin kamen erneute Oedeme (nach vorherigem Verschwinden der alten), zahlreiche Suggilationen, Ecchymosen der trockenen und abschilfernden Haut. Am 8. Tage geht der Patient unter leichten Temperatursteigerungen an Pneumonie zu Grunde. Die Section ergab das Bestehen vasomotorischer Störungen in der Haut der Ober- und Unterextremitäten, Hyperämie der Leber und Ecchymosen unter der Milzkapsel. Oedem des Gross- und Kleinhirns und geringer Hydrocephalus internus, am Boden des IV. Ventrikels kleine Eochymosen. Microscopisch fanden sich massenhafte dicht beieinander liegende Blutungen, welche in der caudalen Hälfte der Rautengrube nicht bis in die Mittellinie heranreichen, sondern sich beiderseits auf einen ziemlich schmalen symmetrischen Bezirk medial von den alis cinereis beschränken. In der proxiamalen Hälfte des IV. Ventrikels reicht der ausgedehntere hämorrhagische Bezirk beiderseits bis in die Nähe der Vierhügelgegend. Die stärksten Blutungen fanden sich unmittelbar unter und neben der Mittellinie.

Der zweite Fall hatte wegen einer im Anschlusse an eine Influenza ausgebrochenen hallucinatorischen Paranoia Aufnahme in der Klinik gefunden. Hier waren in chronischerem Verlaufe 7 Wochen vor dem Tode immer zunehmende Oedeme aufgetreten, 2 Wochen später eine langanhaltende, allmählich abnehmende Glycosurie und nach weiteren 2 Wochen eine subepidermoidale Blutung. Gleichzeitig traten nicht bekämpfbare subnormale Temperaturen auf, unter denen die Kranke bei 32 Grad zu Grunde ging an hypostatischer Pneumonie. Hier fanden sich in der Rautengrube in der caudalen Hälfte ungefähr in der Ausdehnung wie im ersten Falle, nur nicht so weit herunterreichend, ältere Blutungen. In den proximalen Partien der Rautengrube fanden sich neben älteren medial gelegenen Herden weniger alte laterale vor.

Im dritten Falle handelte es sich um eine rasch verlaufende progressive Paralyse. 12 Tage ante mortem traten die ersten vasomotorischen Störungen in Form von gangränartigen Veränderungen an den peripheren Theilen der Extremitäten und rasch zunehmender Decubitus ein. 2 Tage vor dem Tode starke Phlegmone. Trotzdem niedrige Temperatur (36,1). Am nächsten Tage ohne vorausgegangenes Trauma ein starkes Hämatom an der rechten Ferse. Unter weiterem Sinken der Temperatur (zuletzt 32,1) exitus an Pneumonie. Glycosurie war nicht vorhanden. In dem caudalen Theile der Rautengrube fanden sich Blutungen genau in der Ausdehnung wie beim zweiten Falle. Die proximal von den Striæ acusticæ gelegener. Partien zeigten nur in ihren lateralen Bezirken Hämorrhagien; nur an einer sehr weit proximal gelegenen Stelle erreichte ein Ausläufer der linken Blutung die Mittellinie.

Gemäss diesen Befunden verlegt Verfasser das vasomotorische Centrum in den proximal von den Striæ acusticæ gelegenen Theil der Rautengrube;

in einer get 2 Drittel der vorderen Hälfte der Rautengrube einnehmenden Ausdehnung. Das Centrem liegt direct im Boden des IV. Ventrikels. Dort kann man auch nach dem anatomischen Bau (ein dichtes Gewirr von feinen markhaltigen Fasern, welches in den caudalen Bezirken die Nervenkerne, insbesondere den Hypoglossus überzieht, mit reichlich eingelagerten Ganglienzellen) ein Centrum vermuthen. Es ist hier das Vorhandensein der morphologischen Elemente, ohne welche ein Centrum nicht angenommen werden kann, gesichert.

Wie vertragen sich nun diese Befunde mit dem Thierexperiment? Die Experimente Cl. Bernard's haben gezeigt, dass der Locus mellituricus sich beim Kaninchen über eine ziemlich bedeutende Fläche ausdehat. diesen Experimenten fand Cl. Bernard vielfach auch vasometorische Störungen anderer Art als die, welche sich nur auf die Leberhyperamie bezogen. Ebenso beobachtete er bei gewissen Verletzungen der Rautengrube subnormale Temperaturen. Das Auftreten dieser Erscheinung bezieht Verfasser auf die Blutungen im hinteren, caudalen Theile der Rautengrube, medial von den alis cinereis, nicht bis zur Mittellinie heranreichend. Dass im ersten Falle die subnormalen Temperaturen ausblieben, sucht R. dadurch zu erklären, dass die Blutungen geringer und mehr medial gelegen waren und dass eine febrile Lungenentzundung vorlag. Allein es lagen auch in den anderen beiden Fällen hypostatische Pneumonien, wenn auch in geringerer Ausdehnung vor und die Ausdehnungsdifferenz der Blutungen ist so gering (kaum 1-2 mm), dass dieser Punkt der Erklärung erst noch durch weitere einschlägige Beobachtungen gestützt werden muss. (Ref.)

Das vom Verfasser als vasomotorisches Centrum angesprochene Gebiet liegt nun vor den Striæ acusticæ und schliesst das Centrum mellituricum Erfolgen bier die Schädigungen mehr lateral und weiter cerebralwärts, so resultiren vasomotorische Störungen an den Extremitäten, den Körperdecken und eventuell den Abdominalorganen überhaupt, ohne dass Zucker auftritt, wie dies in Fall 3 beobachtet wurde. In diesem Falle waren alle Abdominalorgane stark hyperamisch, ein Befund, wie man ihn bei Lähmung des Splanchnicus erheben kann. Dabei bleibt dann nach den Thierexperimenten Glycosurie auch bei Verletzung der Piqure aus, da in diesem Falle auf die Leber keine genügende Hyperamie mehr entfallt. Diese Hyperämie der Abdominalorgane war nun in diesem Falle nach des Verfassers Auffassung peripher (durch Splanchnicusläbmung) bedingt, da die bedentenden Rückenmarksveränderungen (Degeneration der nach der weissen Commissur zu gelegenen Theile der Pyramidenvorderstränge und der Vorderstrar ggrundbündel bes., dann bes. der vorderen gemischten Seitenstrungzone, der Grenzschicht und der Pyramidenseitenstrangbahn mit von innen nach aussen abnehmender Intensität, und endlich einiger Felder in den Hintersträngen und einiger Zellen in der grauen Substanz. Von oben nach unten allmähliche Abnahme der Degeneration), das Befallensein der austretenden Wurzelbundel von Hämorrhagien und Degenerationen, die Degeneration einzelner Faserbundel in peripheren Nerven (Tibialis, Peroneus rechts) eine Splanchnicusaffection nicht ausgeschlossen erscheinen lassen. fasst Verfasser die Abdominalhyperämie für peripher bedingt auf, während er die Störungen an den Extremitäten für central erklärt. Dies sucht er ku beweisen durch die stark lateral gelegenen Blutungen in dem vasomotorischen Centrum der Rautengrube. Eigentlich ist diese Annahme nicht nöthig. Denn die vorliegenden Fälle zeigen nur, dass bei Verletzungen der in Frage stehenden Gegend der Rautengrube in den medialeren Theilen eine Leberhyperämie (allein) und damit Glycosnrie auftritt. Dies beweist die schwere Glycosurie bei starker Blutung im ersten Falle, die ältere, allmählich abnehmende bei geringeren und schon älteren Blutungen im zweiten Falle und das Fehlen der Glycosurie bei den lateral gelegenen Blutungen im dritten Falle. Demnach liegt das Centrum für die Lebervasomotoren in der medialsten Partie des in Frage stehenden Gebietes, weiter lateralwärts folgen die Centren für die anderen Bauchorgane und das Körpergerüst.

Verfasser möchte nun ein tonisches und reflectorisches Gefässcentrum nicht trennen, sondern annehmen, dass das Gefässcentrum unter normalen Verbältnissen sich im Zestande mittlerer tonischer Erregung befindet, daneben aber direct und reflectorisch gereizt werden kann. Die dazu nöthigen Verbindungsfasern mit der Peripherie und mit anderen Hirntheilen glaubt Verfasser gefunden zu haben.

Einen Aufschluss über die Verbindung des vasomotorischen Centrums mit der Peripherie sucht Verfasser in den Rückenmarksveränderungen im ersten und dritten Falle. Diese Veränderungen fanden sich in Form einer absteigenden (allmählich nach unten abnehmenden) unvollständigen Degeneration der vorderen gemischten Seitenstrangzone, die lange nicht alle Fasern befallen hatte. Es wäre also anzunehmen, dass in dieser Zone neben anderen Fasern, die centripetalen Verlauf haben, auch centrifugale vasomotorische Bahuen verlaufen.

Verbindungsfasern des vasomotorischen Centrums mit den umliegenden Hirnnervenkernen sah Verfasser in grosser Menge.

Von vasomotorischen Centren im Rückenmark erwähnt Verfasser nichts.

Dauber (Würzburg).

218) Alexander Bruce: On the Flocculus.

(Brain 1896. Summer-Autumn.)

B. hat über den Pedunculus floconli an einem 6½ Monat alten Fötus Untersuchungen angestellt und zu dem Zwecke Schrägschnitte von vorn nach hinten, sowie Querschnitte parallel zum Boden des 4. Ventrikels angefertigt. Er fand, dass alle myelinhaltigen Fasern des Flocculus nach innen längs des Bolens des Ventrikels zu den Kernen der Gehörnerven ziehen; einige Fasern können auch zum Abducens verfolgt werden; einige ferner zur grauen Formatio reticularis derselben Seite. Es ergiebt sich, dass der Flocculus eine wichtige centrale Verbindung zwischen den Kernen der Vestibularwurzel des Gehörnerven, dem Accessoriuskern des Cochlearnerven und wahrscheinlich dem Abducenskern ist.

Wichmann.



219) J. Déjérine: Die Projectionsfasern und die Associationsfasern der Grosshirnhemisphären. (Nach einem in der Société de Biologie zu Paris am 20. Februar 1897 gehaltenen Vortrage.)

(Zeitschrift für Hypnotismus etc., Heft 6, Bd. V, 1897.)

Die Mittheilung des berühmten französischen Gehirnanatomen bildet wohl den bedeutsamsten bisher bekannt gewordenen Angriff gegen die Flechsig'sche Lehre von den Associationscentren. D. erwähnt zunächst, dass er in einer 1893 der Société de Biologie vorgelegten Arbeit, gestützt auf das Studium von 23 Gehirnhemisphären mit Rindenerkrankungen, gezeigt hat, dass die vorderen drei Viertheile des Lobus frontalis und der Lobus occipitalis bis einschliesslich zum Gyrus angularis keine Fasern in den Pes pedunculi senden, dass alle Fasern des Pes pedunculi vom mittleren Segmente der Hirnrinde stammen und das innere Bündel des Pes lediglich ans dem Operculum und dem Fusse der 3. Stirnwindung, das äussere Bündel ausschliesslich aus den mittleren Partien des Schläfenlappens entspringen. Die Lehre Flechsig's, dass nur ein Dritttheil der Hirnrinde Projectionsfasern aufweist und die anderen zwei Dritttheile nur associativen Processen dienen, steht nach D. in crassem Widerspruche mit Allem, was uns die normale Anatomie des Gehirns des Erwachsenen und das Studium der secundaren Degenerationen lehrt. Die normale Auatomie des vollständig ausgebildeten Gehirns zeigt in allen Gebieten der Hirnrinde, wahrscheinlich nicht unter Ausschluss der Insel, die Capsula interna durchziehende Projectionsfasern, und von diesen ziehen, wie das Studium der cortical bedingten secundaren Degenerationen lehrt, die einen zum Thalamus options, die anderen in tiefere Gebiete (Corpus geniculatum laterale und C. g. internum, locus niger, rother Kern der Haube, Brücken- und Oblongatakerne, Vorderhörner). Das Rhineucephalon besitzt, abgesehen von den die innere Kapsel zum Thalamus durchziehenden Fasern ein eigenes Projectionssystem im Fornix.

Die vorderen Abschnitte des Lobus frontalis sind durch Projectionsfasern mit dem Thalamus opticus (innerer Kern), der Lobus parietalis und der Gyrus angularis mit dem Pulvivar und dem äusseren Thalamuskern verbunden. Vom Lobulus lingualis und fusiformis geben zahlreiche Projectionsfasern zur Sehstrahlung, welche sich zur hinteren und unteren Partie des Thalamus begeben. Das äussere Bündel des Fusses des Hirustieles stammt nicht, wie Flechsig annimmt, vom mittleren Theile der ersten Schläsenwindung, sondern vor Allem von der mittleren Partie der 2. und 3. Schläsenwindung.

Während also das mittlere Segment der Hemisphäre Projectionsfasern in den Pes pedunculi und von dort in tiefere Centren schickt, sind das vordere und hintere Segment der Hemisphäre (die vorderen zwei Drittel des Stirnhirns, der Lobus parietalis und Lobus occipitalis, Präcuncus und Schläfenpol) durch sehr zahlreiche Fasern mit dem Thalamus opticus verknüpft; dieselben stehen dagegen mit dem Pes pedunculi in keiner Faserverbindung. "Die neue Lehre Flechsig's ist also unhaltbar."

L. Löwenfeld.

220) v. Gehuchten (Brussel): Projectionscentren und Associationscentren im Grosshirn. (Les centres de projection et les centres d'association de Flechsig.)

221) P. Sano (Britssel): Die Associationsfasern des menschlichen Gehirns. (Sur les fibres d'association dans le cerveau humain.)

(Journal de neurologie et d'hypnologie 1897, Nr. 1.)

In ziemlich ausführlicher Darlegung, die ursprünglich als Vortrag vor der Brüsseler neurologischen Gesellschaft geschah, acceptirt der bekannte Hirnanatom die Schlüsse Flechsig's über die Existenz von besonderen Associationsfeldern neben besonderen Sinnesfeldern im menschlichen Gehirn. Dagegen erhebt Sano einige Einwendungen. Reptilien und Vögel besässen in and zwischen ibren sensitiv-motorischen Centren Associationsfasern und ausgeprägte Associationsbundel, das gälte noch mehr vom Menschenhiru. mit seinen fibræ arcuatæ zwischen benachbarten Windungen, mit dem cingulum, dem fasc. long. super. und infer., dem fasc. uncinatus, dem fasc. occip. perpendic., dem tapetum, dem fronto-occipitalen Bundel Déjérine's. Das wären doch Gebilde, welche die sogenannten Projectionsfelder unter sich verbänden, ohne zu den sogenannten Associationsfeldern zu gehören. S. wendet sich beson lers dagegen, dass die Projectionsfelder als niedere Gebilde gegenüber den Associationsfeldern bezeichnet würden, dass nur die letzteren als specifisch menschlich gelten sollten. Solche Disharmonien widersprächen der ganzen Anlage des menschlichen Organismus. Auch wäre Flech sig selbst nicht so absolut in seiner Unterscheidung und hätte in München die Existenz von Associationsbahnen zwischen den Seh- und Hörcentren einerseits, der Tastsphäre andererseits zugegeben.

Kurella.

222) Dotto e Pusateri (Palermo): Entartung von Rindenzellen nach Hemiplegie; über die Beziehungen der Insel zur äusseren Kapsel. (Sulle alterazioni della corteccia cerebrale secondaria a focolai emorragici intracerebrali etc.)

(Rivista di patologia nervosa e mentale, I., H. 1, 1697)

Das untersuchte Gehirn hatte eine nussgrosse, frische, seit 2 Monaten bestehende hämorrhagische Cyste, welche die innere Kapsel, einen Theil des Putamens und des globas pallidus und in kurzer Ausdehnung auch die zussere Kapsel comprimirte.

Es fand sich in der Rinde, besonders in der der Insel, Chromatolyse, zum Theil auch Kernverschiebung in den Rindenelementen. Ferner machen die Autoren folgende "anatomische Deduction": "Wir haben nach einer destruirenden Erkrankung der äusseren Kapsel, des Linsenkerns und der inneren Kapsel Läsionen in der Inselrinde bemerkt. Zur inneren Kapsel hat die Rinde der Insel bekanntlich keine besonderen Beziehungen, deshalb müssen die gefundenen Läsionen als Folge von Läsionen von Fasern angesprochen werden, die von der Insel zur äusseren Kapsel und zum Linsenkern ziehen. Das berechtigt uns, zu sagen, dass die Rinde der Insel beim Menschen mit der äusseren Kapsel in Verbindung steht". Sie weisen dann darauf hin, dass Mondiao Verbindungen zwischen der fossa Sylvii und der äusseren Kapsel und solche zwischen letzterer und dem Linsenkern beschrieben hat.

Referent versteht nicht recht, was an der Behauptung von Beziehungen zwischen Insel und äusserer Kapsel neu sein soll, denn es ist doch bekannt, dass die äussere Kapsel fast ganz aus Associationsfasern der Insel besteht.

Kurella.

2. Physiologie.

223) Jatoulay: La régénération du goître extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical.

(Lyon méd. 1896, Nr. 12, März 22)

Es ist eine bekannte chirurgische Erfahrung, dass eine Verkleinerung des Kropfes durch partielle Strumectomie auch den restirenden Theil same Schrumpfen bringt. Nur der Kropf bei Basedow macht hiervon eine Ausnahme: hier pflegt der zerückgelassene Rest hyperpfastisch zu werden. - J. nahm daher bei einer Basedowkranken, die er in 3 Jahren 5 mal ohne bleibenden Erfolg operirt hatte, die Durchschneilung des Halssympathicus (zwischen Gangl. cervie. super. und medium) vor, in der Absicht, die Verbindung zwischen Kropf und nervosen Centren zu zerstören Das augenblickliche Resultat war sehr überraschend: Abnahme der Palpitationen und des Zitterns, sowie des Exophthalmus. Indessen stellten sich nach 3 4 Wochen die beiden ersten Erscheigungen wieder ein und das Volumen des Krapfes nahm ebenfalls zu. J. erklärt sich diesen Vorgang in der Weise, dass mit der Durchschneidung wohl alle Fasern für die periund intraoculären Muskeln getroffen werden, nicht jeloch alle herz-Denn diese verlaufen nicht nur durch den Halsbeschleunigenden. sympathicus, sondern treten auch vom Rückenmark aus in das Gauglium Man muss dementsprechend auch die Aeste dieses Gangliums durchschneiden, um sämmtliche Fasern des Accelerans functionsunfähig zu machen und so die Sicherheit für das Aufhören der Palpitationen zu haben. Buschan.

224) A. Binet und J. Courtier: Contribation à l'étude des changements de forme du pouls artériel et du pouls capillaire aux différentes heures de la journée.

(Revue neurol. Nr. 24, 1896.)

Die Verfasser kamen durch zahlreiche an 6 Erwachsenen während eines Jahres angestellte Versuche zu folgenden Schlüssen: Unter dem Einflusse der Verdauung nimmt die Pulswelle an Höhe zu; die Ascensionsund Descensionslinien werden steiler, der Gipfel der Welle spitzer, der Dicrotismus rückt auf der Descensionslinie tiefer und wird ausgesprochener. Ein Vergleich der arteriellen Pulscurven mit denen des Capillarpulses zeigt, dass von Stunde zu Stunde eine allmähliche Veränderung in der Form des Pulses vor sich geht und diese Veränderung in gleichem Sinne den Capillarpuls wie den Radialpuls betrifft.

Zahlreiche Pulscurven (28) illustriren die Mittheilung der Autoren.
L Löwenfeld.

225) Mayo Robson (Luac): E satz des Nervus medianus and ulnaris durch Stücke vom N. ischiadicus und vom Rückenmarke des Kaninchens (British med. Journal 1896, October 31.)

Ein Gartner durchschnitt sich durch Fall in eine Sense die beiden oben genannten Armnerven, sowie die Art. brachialis am unteren Drittel des Oberarms. Unterbindung der Arterie, Naht der Nerven, Heilung per granulationem. Nach 7 Monaten fand Verfasser 5 cm über dem Olecranum eine 71/2 cm lange Narbe. Vorderarm, Thenar und Interossei waren stark atrophisch. Hypothenar fehlte. Beweglichkeit der Hand aufgehoben, die Scusibilität am ulnaren Rande des ganzen Vorderarms ebenfalls. Palma manus bis auf eine kleine Partie des Thenar und die erste Daumenphalanx ohne Empfindung; desgleichen der Handrücken, der 4. und 5 Finger und die distale Haifte des 2. und 4. Fingers Bei der Incision der Narbe zeigten sich die Nervenenden in Bindegewebe eingebettet, so weit von einander entfernt, dass Vereinigung unmöglich erschien. Es wurde der Ulnaris durch ein Stück vom Ischiadicus, der Medianus durch ein 6 cm langes Stück vom Rückenmark eines Kaninchens ersetzt. Die transplantirten Stücke wurden mit feinen Catgutnählten an die angefrischten Nervenenden fixirt. Heilung per primam intentionem. Schon nach 11 Tagen waren die ersten Zeichen der wiederkehrenden Sensibilität zu constatiren, allmählich trat auch Beweglichkeit der bisher gelähmten Muskeln ein. 6 Jahre sind seit dieser Operation verflossen, jetzt zeigt der Vorderarm keine Spur von Atrophie mehr, die Sensibilität ist normal, die Muskeln functioniren alle his auf den Abductor pollicis, der unerklärlicher Weise gelähmt blieb. Der Fall beweist die Möglichkeit des Nervenersatzes durch Transplantation. Ob das Rückenmark die Functionen der Nerven übernahm oder nur den Stoff zur Bildung neuer Fasern abgab, bleibt unaufgeklärt, ebenso der Umstand, dass der Ulnaris, der nur 8/4 Zoll klaffte, längere Zeit brauchte, nm normal zu werden, als der Medianus, dessen Enden 3 Zoll von einander Vielleicht ist das Rückenmark ein besserer Stoff zur Herstellung der Continuität. Erlenmeyer.

226) Celesia: Metamerie und Centralisation. (Sul differenziamento delle proprietà inibitorie nella catena gangliare del Palinurus vulgaris e sulla relazione colla dottrina morfologica della metameria)

(Rivista di Patologia nervosa e mentale 1896.)

Der periössphagale Ganglienkranz der Kruster ist als cerebroide Bildung zu betrachten. Aus einer Reihe technisch leider nicht als ganz einwandfrei anzusehender Faradisirungsversuche hat sich das interessante Gesetz herausgestellt, dass die Erregungsschwellen, zwischen denen sich die Hemmungswirkungen der oberen Ganglien abspielen, weiter auseinander liegen, als diejenigen, welche die muskulären Contractionswirkungen betrenzen. Das Umgekehrte gilt für die unteren Ganglienmassen: erste Andentung der Enwicklung einer psychischen Individualität aus der diffus metameren Organisation.

Jentsch (Tarin).

227) Jonston Thunberg: Förnimmelserna vid till samma ställe lokaliserad, samtidigt pagaaende köld-och värmeretning. (Die Empfindungen bei gleichzeitiger Application von Kälte und Wärme auf der Haut.)

(Upsala läkareförenings förhandlingar 1846, S. 489.)

Der Verfasser hat versucht, mittelst zweier Messingspiralröhren, welche in der Weise in einer planen Fläche verlaufen, dass die Windungen des einen Rohres sich in den Zwischenräumen des anderen einlagern können, und von welchen das eine von kaltem, das andere von warmem Wasser durchströmt wird, die Haut gleichzeitig kalt und warm zu reizen. Es zeigte sich hierdurch, dass die Versuchsperson erst eine Empfindung von Kälte (wegen der kürzeren Reactionszeit der Kälte) und dann eine Empfindung von Wärme erhielt. Nachher entsteht jetzt eine eigenthümliche gemischte Empfindung, worin sich wohl Kälte und Warme unterscheiden lassen, im Ganzen hat diese jedoch den Character von "erhitzend". Wahrscheinlich entsteht dieser dadurch, dass der mehr ausgeprägte Gefühlston der Kälteempfindung sich zu der Wärmeempfindung addirt und dadurch diese verstärkt.

228) Parinaud: La vision binoculaire.

(Ann. d'oculist., T. CXV. p. 401.)

Trotz seiner grossen Complicirtheit gebe der Horopter eine falsche Idee von der Identität der Netzhäute und dem Binocularsehen; mit der herrschenden Lehre vom Bilocularschen müsse gebrochen werden. Auf Grund physiologischer Versuche und klinischer Beobachtung gelangt P. zu folgenden Schlüssen: Es giebt 2 Arten des Sehens mit beiden Augen, das Simultansehen und das Binocularsehen. Wie jeder organische Apparat besteht der Selapparat aus einem sensiblen und motorischen Theil, sowie deren Verbindung. Der sensible Theil setzt sich zusammen aus der Verbindung beider Netzhäute mit den Sehcentren; diese Verbindung lässt die Synergie beider Netzhäute zu Staude kommen. Den motorischen Theil des Binocularsehens bildet die Convergenz, welche dafür sorgt, dass i lentische Bildpunkte auf identische Netzbantstellen gelangen. — Das Simultanschen unterscheidet sich vom Binocularsehen durch die Abwesenheit der Diplopie trotz der gleichzeitigen Wahrnehmung der Objecte mit beiden Augen, durch die richtige Projection, ganz unabhängig von der relativen Stellung der Augen zu einander. Das Offensein beider Augen beim Schiessen ist ein Beispiel für das Simultansehen. Die associirten Bewegungen des Simultansehens sind von der Convergenz unabhängig. Von dem Simultansehen ist zu unterscheiden das uniopulare oder alternirende Sehen, welches mit ihm nur die richtige Projection gemein hat. Das concomitirende Schielen entspricht dem Simultansehen im Sinne eines Entwi klungsfehlers Binocalarsehens.

229) Erdmann Müller: Zur Frage der Ermüdbarkeit des Gesichtsfeldes beim Gesunden.

(Archiv für Psychiatrie, Bd. 29, H. 1.)

Bei einer au 102 nicht nervösen Personen vorgenommenen Untersuchung ist M. zu demselben Resultate wie W. König gelangt, nämlich zu dem Schluss, dass die Untersuchungseinschränkung (U. E.) sich, wenn überhaupt,

nur in verschwindender Menge bei Gesunden findet. Nur 2mal war sie vorhanden, wo übrigens nicht ganz sicher ein functionelles Nervenleiden ausgeschlossen werden konnte, und abgesehen von 3 Fällen mit 50 Einschränkung war 30 mal eine solche von 2-40 nachweisbar. Selbstverständlich sei ein gewisses Maass von Aufmerksamkeit seitens der zu Untersuchenden erforderlich, die Prüfung daher in zweifelhaften Fällen zu wiederholen uud das Bestehen von U. E. erst, wenn sie auch dann nicht verschwindet, anzunehmen. Diese Forderung, die Ausscheidung der Unaufmerksamkeit sei von Voges nicht beachtet worden, welcher 40% U. E. bei Gesunden fand, bei Concentrirung der Aufmerksamkeit aber stets die Erweiterung des Gesichtsfeldes auf die normalen Grenzen erzielte. beweise dieser aber nur dasselhe wie König und M. Als ein möglichst siunfälliges Object zur Perimetrirung empfiehlt er einen Fischbeinstab, an den eine Elfenbeinkugel angeschraubt ist. Endlich bestätigten seine Erfahrungen den Satz König's: Verschwindet das Object — am Ende der ersten Ermudungstour - ungefähr an derselben Stelle, an welcher es in das Gesichtsfeld eintrat, so kann man annehmen, dass das Gesichtsfeld nicht ermudbar ist. Bei allgemeiner Anerkennung dieses Satzes werde die Untersuchung auf U. E. nur wenig Zeit beanspruchen.

Max Edel (Dalldorf.

230) Max Rothmann (Berlin): Ueber das Rumpfmuskelcentrum in der Füh'sphäre der Grosshirnrinde.
(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 24.)

Bei den widersprechenden Angaben der Autoren über die Lage des Centrums für die Rumpfmuskulatur suchte R. diese Frage zunächst durch Beobachtung an 4 Hunden zu entscheiden, denen H. Munk die ganze linksseitige Extremitätenregion exstirpirt hatte. Da sich ergab, dass die Rumpfmuskulatur völlig intact blieb, so musste gefolgert werden, dass im Bereich der Extremitätenregion ein Centrum für die Rumpfmuskulatur nicht existirt. Dasselbe Resultat ergaben auch Reizversuche an 3 Hunden und 5 Katzen. Die nach electrischer Reizung der Extremitätenwege auftretenden Krümmungen der Wirbelsäule sind nach R. stets secundär durch die starke Contraction der Ileo-Psoas bezw der Schulterblattmuskulatur bedingt, ebense wie der bei einseitiger Exstirpation der Extremitätenregion beobachtete Ausfall des von Unverricht und Kusicka angegebenen "Tischversuches" nicht auf eine Schädigung der gleichseitigen Ruckenmuskulatur, sondern der gekreuzten Hüftmuskeln, vor Allem des Ilio-Psoas zurückzuführen sind.

Dagegen ergab der "Tischversuch" bei Hunden mit einseitig ab. getrenntem Stirnhirn eine Schäligung der gekreuzten Rückenmuskulatur ohne dass bei der microscopischen Untersuchung Degeneration im Rückenmark, in der Pyramidenkreuzung und in der Medulla oblongata sich nachweisen liess Wenn also eine Verbindung des Stirnhirns mit der Rumpfmuskulatur existirt, so muss dieselbe im Mittelhirn eine Unterbrechung durch Gauglienzellen erfahren.

Hoppe.

231) L. Bianchi: The functions of the frontal lobes.
(Brain. Winter. 1895.)

B. hat an Affen und Hunden experimentelle Untersuchungen über die Function des Stirnhirns angestellt. Nach einseitiger Exstirnation eines Stirnlappens beobachtete er: in der 1. und 2 Woche rotatorische Bewegungen, bei denen die Concavität des Rumpfes nach der Seite der Verletzung gerichtet ist; Parese des entgegengesetzten Armes (Affe) bei feineren Bewegungen. Die Berührungsempfindung blieb normal, ausgenommen bei einem Hunde, wo sie im entgegengesatzten B-in zeitweise deutlich vermindert war. und bei einem Affen, der im entgegengesetzten Ohr und Gesichtshälfte Hyperasthesie zeigte. Im ersten Fall (Affe) fand sich Herabsetzung des Gehörs auf der entgegengesetzten Seite; der Geschmack und Geruch erschienen normal. In allen Fällen fanden sich Sehstörungen. B. betrachtet das Stirnhirn als Sitz der Coordination und Vereinigung der ans den verschiedenen motorischen und sensorischen Hirnrindenbezirken zu ibm hin-Wichmann. gelangenden Reize.

232) Thomayer: La signification de quelques rêv s. (Revue neurol. Nr. 4, ∴897.)

Der Verfasser berichtet über 2 Falle von nächtlichen Anfällen von petit mal in der Form von beängstigenden Träumen. Der erste Fall betrifft einen jungen Menschen von 19 Jahren, welcher um Weihnachten vor 3 Jahren zum ersten Male während des Schlafes von heftigem Herzklopfen befallen wurde. Nach einem Jahre trat das Herzklopfen während des Schlafes wieder auf und wiederholte sich von dieser Zeit an häufiger (alle 14 Tage oder 4 Wochen) mit der Modification, dass die Störung mit einem schwer beängstigenden Traume begann. Z. B : er tritt in einen Laden und rühmt die Stickerei seines Hemdes. Der Ladendiener will die Stickerei sehen, der Kranke zeigt sie ihm bereitwillig. Aber der Ladendiener packt ihn beim Hemdkragen und beginnt ihn zu würgen. Riebei bemerkt er, dass der Diener sein Bruder ist. In diesem Moment beginnt das Herzklopfen. Der Kranke spricht während dieser Träume laut und schreit, dass seine Nachbarn erweckt werden; zuweilen lacht und weint er auch während des Schlases geräuschvoll. Der Patient ist erblich belastet (Eltern und Geschwister von hitzigem Temperament) und reizbar, dabei mit Rumination behaftet; die Familie ist beständig in Zank und Streit, wodurch der Patient viel Aufregung hatte.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen 28jährigen Schuhmacher, der erblich schwer belastet ist (eine Tante geisteskrank, eine Schwester epileptis h) und mit 3 Jahren an Eclampsie litt. Der erste Angsttraum trat bei diesem Patienten vor 4 Jahren nach Genuss von etwas Punsch ein, und seitdem traten ähnliche Träume von Zeit zu Zeit ohne ersichtliche Ursache auf. In den Träumen erscheinen ihm zumeist Geistliche oder Mönche, mit welchen er zu Hause oder in der Kirche kämpft. Audere Male sind es Männer, welche auf ihn schiessen, oder Hunde, welche ihn beissen. Am häufigsten fällt ein dicker Geistlicher auf ihn, welcher ihn zu zerschmettern droht. Der nächtliche Traum kehrt am folgenden Tag zwischen 11 und 12 Uhr wieder. Er sieht deutlich, aber wie im Dämmer-

Digitized by GOOGLE

licht, die Personen oder Gegenstände, welche ihn bedrohten. Zu gleicher Zeit erinnert er sich an alle Geisteskranken, welche er kennt, und fürchtet, selbst verrückt zu werden. Der Kranke erhielt 3 gr Bromsalz pro die, wodurch die nächtlichen Angstträume seltener und die Tagesträume zum Schwinden gebracht wurden.

Weitere Nachforschungen durch einen Arzt am Domicile des Kranken ergaben, dass die Tagträume bei dem Patienten mit Schwindel, Trübung des Bewusstseins und Neigung zum Hinstürzen begannen und von Niedergeschlagenheit, Kopfschmerz und Arbeitsunfähigkeit gefolgt waren. In der Epikrise eriunert der Autor daran, dass nach Siemerling die aufalls. weise auftretenden psychischen Störungen bei Epileptischen immer von epileptischen oder epileptoiden Anfällen in der Form von petit mal eingeleitet werden und Amnesie hiebei keine nothwendige Folgeerscheinung ist. betrachtet daher auch die Taganfälle bei dem Patienten lediglich als epileptische Anfalle, gefolgt von vorübergehender geistiger Störung. Bei der Uebereinstimmung der nächtlichen Träume mit der bei Tag auftretenden Geistesstörung glanbt der Autor annehmen zu dürfen, dass der Patient auch an nächtlichen epileptischen Anfällen leidet, bei welchen die postepileptische Störung die Form eines Angsttraums annimmt. Auch die Angsttraume des ersten Falles betrachtet der Verfasser und jedenfalls mit Recht als epileptische Anfälle. Der Autor bemerkt, dass er in der Litteratur nirgends das nächtliche Vorkommen von Anfällen von petit mal, insbesonders solchen mit folgender geistiger Störung erwähnt fand. Dies mag wohl sein; allein eine Seltenheit bilden nächtliche Anfälle von petit mal nach den Erfahrungen des Referenten deshalb doch nicht. L. Löwenfeld.

23;) James Weir (Owensboro, Ky.): The ideative faculties and self-consciousness in the lower animals.

(The Medic. Record, 11. Juli 1896.)

234) Derselbe: The dawn of reason.
(The Medic Record, 15. August 1896.)

Verfasser führt zum Beweise, dass sehr niedrig organisirte Thiere gerade wie sehr hoch organisirte Verstellungen zu bilden, zu überlegen, ja sogar abstract zu denken vermögen, eine Reihe selbst gemachter Beobachtangen an. Diese letztere Fähigkeit ist man allerdings gewohnt, unter allen lebenden Wesen nur dem Menschen zuzugestehen. Verfasser aber meint, dass alle Thiere, die Gross- und Kleinhirn, Seh- und Streifenhugel haben und bei denen Traumerscheinungen wahrnehmbar sind, abstract zu denken vermögen; einige der höheren Toiere hätten ein Selbstbewusstsein etwa wie ein Kind von 2-3 Jahren. Das lasse sich freilich nicht positiv und absolut, wohl aber durch Vergleichungen und Folgerungen beweisen. Der Mensch nämlich besitze zwei Arten von Bewusstsein, ein actives, waches, coordinirtes in der Hirnrinde und ein passives, halb schlafendes, bis zu einem gewissen Grade unzusammenhängendes und nicht coordinirtes in den grossen Ganglien an der Hirnbasis. Das könne leicht bewiesen werden durch gewisse täglich zu beobachtende Erscheinungen, wie z. B., dass Jemand, der in tiefen Gedanken sitzt, an ihn gestellte Fragen verständlich beantwortet, ohne dass er etwas davon weiss. Mein Foxterrier, Digitized by GOOGIC

fährt Verfasser fort, hat ein Gehirn, das in allen wesentlichen Theilen nicht verschieden ist von dem des Menschen. Meine Beobachtung lehrt mich, dass sein Geist in Bezug auf Gedächtniss und Erregungszustände, wenn auch nicht dem Grade, so doch der Art nach, derselbe ist des Menschen. Dazu träumt er nicht nur, er ist auch, gerade wie de Mensch, manchmal unfähig, zwischen Wach- und Traumgedanken zu unterscheiden; er verwechselt die einen mit den anderen und handelt im wachenden Zrstande nach den Vorstellungen, die ihn im Traume beschäftigten; dass lbe that der Mensch, nur dass er sich schneller der Wirklichkeit bewusst wird. Schliesslich führt Verfasser zur Stütze für seine Ansicht auch noch die bekannte Thatrache an, dass manche höher organisirte Thiere bis zu einem gewissen Grade an bestimmte Gegenstände Eigenthumsrechte gelteud zu machen wissen (Vögel entfernen gelegentlich fremde Eier aus ihren Nestern, Hunde vertreiben andere von bestimmten Kissen u. s. w.). Warum will man also, fragt Verfasser, einem solchen Thiere den Besitz einer gewissen Fähigkeit, abstract zu denken, absprechen?

Als Beispiele, dass auch Thiere von sehr niedriger Organisation gewissermassen Geist bezitzen, führt er das an, was er an dem Verhalten der Wasserlaus, der Gartenschnecke, der Ameise u. s. w. beobachtete. Dasselbe lehrt, dass diese Thiere ein gutes Gedächtniss für bestimmte Orte, Wege, Verstecke, Gelegenheiten zum Nahrungfinden, ja nicht selten, wie man das von höher organisirten Thieren genugsam kennt, sogar für bestimmte Persoren haben, mit denen sie öfter in Berührung kamen (Spinnen, Flöhe u. s. w.). Ebenso beobachtete Verfasser, wie er sagt, hunderte von Malen, wie Thiere von niederer Organisation mit Ueberlegung und Verstand handelten (Bienen stützten eine Honigscheibe, die in Stücke herabzufallen drohte, rechtzeitig und zweckmässig). Nun schreibe man dies allerdings dem sogenannten Instincte zu. Der Instinct aber sei in gewissem Sinne immer ein Process des vernünftig Schliessens, involvire stets geistige Thätigkeit.

B. Nervenheilkunde.

a) Gehirn.

235) Strümpell: Ueber Störungen des Wortgedächtnisses und der Verknüpfung der Vorstellungen bei einem Kranken mit rechtsseitiger Hemiplegie-(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9. p. 397 ff.)

Während nicht die geringste Spur einer gewöhnlichen motorischen Aphasie vorhanden war, auch nur geringe Störungen des Wortverständnisses und nur geringe Anzeichen einer sensorischen (amnestischen) Aphasie im gewöhnlichen Sinne — Fehlen des richtigen Wortbildes trotz der entsprechenden Sinneseindrücke — machte sich ein Mangel einer leichten und raschen Apperception des Gehörten und eine stärkere Störung des Wortgedächtnisses bemerkbar, so dass Patient auf unauffällige Anreden meist nicht oder nur unvollkommen reagirt und eine längere Reihe von Worten, z. B. einen leichten Vers, trotz längeren Lernens nicht hersagen oder nachsprechen kann. Diese letztere Störung möchte Verfasser psychisch-associative Amnesie neunen. Die Associationen klingen oft leise an, ohne klar

ins Bewusstsein zu treten. Alle die Störungen erörtert Verfasser ansführlich an Beispielen, Gesprächen mit dem Patienten etc.

Was die topische Diagnose betrifft, so glaubt Verfasser, die Störungen ≮ohl am ehesten auf eine Schädigung (nicht Zerstörung) der linken oberen Schläfenwindung, eventuell auch der linken Inselgegend beziehen zu dürfen. Dauber (Würzburg).

236) Planat: Eine eigenartige Articulationsstörung. (Troubles moteurs précédant l'articulation de la parole chez un dégénéré.)
(Arch. de Neurol 1896, II, 10)

Die von Planat geschilderten Symptome waren ziemlich plötzlich vor 11/2 Jahren bei eiuem 19jährigen, erblich angeblich nicht belasteten jungen Manne aufgetreten, der ein recht abenteuerliches Leben hinter sich hatte. Der bis dahin gesunde Mann hatte damals versehentlich anstatt Wein eine ätzende Flüssigkeit getrunken, die ihm Lippen und Mund verbrannte; der Schmerz und der plötzliche Schreck hatten auf ihn einen tiefen Eindruck gemacht. Wenige Tage später fing er an zu stottern und gleichzeitig stellten sich beim Versuch zu sprechen eine Reihe krampfartiger Erscheinungen ein, die ihu schliesslich in die Behandlung P.'s führten. Diese bestanden im Wesentlichen darin, dass, sobald der Kranke ein Wort aussprechen wollte, Zuckungen theils tonischen, theils clonischen Characters im Gesicht auftraten, die sich auf den Hals, den Rumpf und die Extremitäten ausbreiteten mit besonderer Bevorzugung der rechten Seite, auch die Athemmuskulatur nahm an den Krämpfen Theil. Erst nach längerem Bemühen gelang es ihm, das Wort auszusprechen, wobei es gleichgültig war, ob es mit einem Vocal oder irgend einem Consonanten begann. Legte man dem Kranken irgend eine Frage vor, verbot ihm aber zu antworten, so wurde er sehr ängstlich und unrubig und fühlte sich erst erleichtert, wenn er die Antwort ausgesprochen batte. Singen ging stets glatt von Statten, ohne dass dabei irgendwelche Spasmen oder Zuckungen auftraten. Bei Besprechung der Differentialdiagnose weist P. die Annahme einer Hysterie zurück, fasst vielmehr den Patienten, bei dem er auch eine Reihe psychischer Eigenthumlichkeiten nachweisen konnte, als einen Degenerirten auf, bei dem als "klassische Stigmata" der Entartung Stottern und die geschilderten tic-artigen Bewegungen aufgetreten seien. Falkenberg (L'chtenberg).

237) Quincke: Ueber Meningitis serosa und verwandte Zustände.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 149 ff)

Q. sucht das von ihm vor einigen Jahren aufgestellte Kraukheitsbild durch 10 weitere von ihm beobachtete Fälle zu stützen. Bei einigen gelang es ihm, durch die Lumbalpunction die Erhöhung des intracraniellen Druckes direct zu erweisen. Neben dem fast fieberlosen Verlaufe spricht auch der, wenn auch oft nur geringe Erfolg der Quecksilberpräparate für die Richtigkeit der Diagnose. Dem Zweifel, der bei den fieberlos verlaufenden Fällen darüber entsteht, ob solche Exsudationen zu den Entzündungen gerechnet werden sollen oder nicht, begegnet er mit der Annahme, dass es wahrscheinlich zwischen den rein physiologischen und den eigentlich entzündlichen Exsudationen Zwischenstufen giebt. Wie die Lymphe, so ist auch

die Cerebrospinalflüssigkeit nicht ein vom Blutdruck abhängiges Exsulat, sondern vielmehr ein Secret der Blutgefässwandungen und zwar unter dem Einflüsse von Nerven, die von den motorischen Nerven der Gefässmuskeln als verschieden zu denken sind. In diesem Sinne fasst Verfasser die nicht entzündlichen Fälle gesteigerten Hirndrucks als angioneurotischen Hydro cephalus auf, analog dem von ihm als angioneurotisch bezeichneten umschriebenen Oedem der Haut. Das sind auf der Grenze des Normalen stehende Abweichungen in der Transsudation der Lymphe. Diese können von kürzerem oder längerem Bestande sein. Zu den flüchtigeren Exsudationen angineurotischen Ursprungs in der Cerebrospinalhöhle rechnet Verfasser die schweren Fälle von Migräne.

Die seröse Exsudation im Schädel geht wahrscheinlich von dem Plexus choroidei aus.

Zu den früher angeführten Ursachen der Meniugitis serosa: Traumen des Kopfes, anhaltende geistige Anstrengung, acute und chronische Alcoholwirkung, acute fieberhatte Krankheiten (und Schwangerschaft) kommen nach den vorstehenden Fällen noch hinzu: Otitis media, Influenza, Durchnässung.

Therapeutisch empfiehlt Q. Mercurialisirung, namentlich für die acuten Ergüsse, auch Salicylpräparate. Die mechanische Entlastung durch die Lumbalpunction ist indicirt hauptsächlich in den Fällen seröser Exsudation auf und nach der Akme entzündlicher Ergüsse, sowie in den acuten Fällen angioneurotischen Ursprungs Wo die acute Transsudation nicht lange anhält, ist es verständlich, dass eine einmalige Punction durch Freimachen der abgeklemmten venösen und lymphatischen Abflusswege dauernde Erleichterung bringen kann.

Dauber-Würzburg.

238) Flor. Buol und R. Paulus: Meningitis tuberculosa nach Kopstrauma. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896, Nr. 23, 1 December.)

28jähriger Mann kam im Jahre 1893 nach Davos zur Kur wegen eiues linksseitigen Spitzencatarrhs (leichte Infiltration), von dem er seit zwei Jahren vollständig ausgeheilt schien. Bei der letzten Untersuchung (14. Juli 1.96) fiel dem Arzte eine gewisse Aufgeregtheit des sonst ganz ruhigen Mannes auf. Drei Tage später wurde einer der Verfasser zu ihm gerufen, weil er stark an unerträglichem Kopfschmerz seit einigen Tagen zu leiden hatte. Die Temperatur be rug 38,5, der Puls 98. Es bestand Obstipation, aber noch keine Anzeichen für Meningitis. wurde ermittelt, dass der Kranke am 12. Juli einen Meter hoch auf das Hinterhaupt in einen steinigen Bach gefallen und für kurze Zeit bewusstlos gewesen war. Der oben geschilderte Zustand hielt bis zum 24. Juli an. Darauf entwickelte sich das Bild einer Meningitis (Opisthotonus, cataleptische Erscheinungen, Hyperästhesie der Wirbelsäule, Schwankungen des Pulses und der Temperatur, Urinverhaltung etc., jedoch keine halbseitigen Lähmugen). Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose war schon frühzeitig auf Convexitäts-Meningitis gestellt worden. - Exitus am 5. August.

Die Section ergab: Pia auf beiden Hemisphären getrübt; auf der Höhe des Scheitels in der Mittellinie in eine dicke sulzige Masse verwandelt, und beiderseits längs des Sinus mit zahlreichen weisslichen bis grauen hirsekorn- bis steckuadelkopfgrossen Knötchen besät.

fühlt in der sulzigen Masse mehrere harte, spitzige, etwa 1—2 cm lange Körper, die sich bei der microscopischen Untersuchung als eine Art feiner unter einander durch ein Gewebe verbundener Splitter herausstellten. Um sie herum war die sulzige Masse besonders dick und die Knötchenanhäufung schien hier ihren dichtesten Stand zu haben. Auf die Section der übrigen Organe, besonders der Lungen, musste leider verzichtet werden.

Es handelte sich im vorliegenden Falle um eine tuberculöse Meningitis. Durch den Unfall dürfte eine Absprengung der Tabula vitrea eifolgt sein: Die Knochensplitterchen durchdrangen die Dura und bewirkten eine Reizung der Pia. Der Insult scheint ausserdem einen Durchbruch der, in dem sicherlich ausgeheilten (mit einem fibrösen Wall umgebenen) tuberculösen Herde noch vorhandenen, Bacillen zur Folge gehabt zu haben, die sich au der lädirten Seite der Pia ansiedelten.

Der Fall erscheint für die Beurtheilung der Fälle von traumatischer Tuberculose von Werth.

Buschan.

239) John L. Adams (New-York): Erfolgreiche Operation einer Sinusthrombose. (A case of thrombosis of the lateral sinus with recovery after operation.)

(New-York Medical Journal, 29. VIII 189 .) Eine 24 jährige Dame, welche vor 5 Jahren ein Jahr lang an linksseitiger Otorrhoe gelitten hatte und seitdem Ohrensausen im linken Ohr hatte, bekam im Anschluss an eine Erkältung heftige Ohrenschmerzen, zu denen sich bald wieder Ohrenlaufen gesellte. Da sich bei der Behandlung mit Ausspülungen eine schmerzhafte Auschwellung hinter dem Ohr zeigte und der Zustand sich unter Ohnmachten, Erbrechen, Temperatursteigerung (400) und Pulsbeschleunigung zusehends verschlechterte, wurde die Operation beschlossen. Die Anschwellung erstreckte sich bis in den Nacken, ohne dass sich eine Anschwellung der Vena jugularis constatiren liess. Das Trommelfell war beinahe zerstö:t, der Hammerkopf cariös. Die Aufmeisselung der Proc. mastoid. ergab Zerstörung der Intercellularräume und Anfüllung der Höhle mit Eiter und cholesteatomähnlichen Massen. Nach Entsernung der Tabula interna des Knochens entleerte sich etwas Eiter aus der fossa sigmoidea. Da eine Probepunction in den äusserlich normal scheinenden Sinus lateralis kein Blut ergab, so wurde auch dieser eröffnet und aus demselben ein trockener Thrombus entfernt. Darauf wurde der Sinus mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült und mit Jodoformgaze gefüllt. Die Temperatur fiel nach einigen Tagen ab, der Wundverlauf war gut

A. schliesst an diesen Fall Bemerkungen über die Geschichte der Sinusthrombose, ihre Operation und Diagnose. Hoppe.

240) Nonne: Ein Fall von Sinusthrombose. (Aerztlicher Verein zu Hamburg, 17. XI. 1896.)

Eine 32jährige Frau, die nie gravide gewesen (Ehemann luetisch) erkrankte mit rechtsseitigen heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen. Bald darauf linksseitige Krämpfe von Jackson'schem Character, gefolgt von linksseitiger Paress und Sensibilitätsverlust. Augenhintergrund normal. Schwere Anämie. Tod nach ca. 8 Tagen. Es fand sich eine Thrombose des Sinus falciformis major und des Sinus transversus dexter, die nach ab.

wärts bis über den Bulbus der Vens juvularis hinabreichte und dort festhaftete. Die histologische Untersuchung ergab nichts Abnormes in den motorischen Regionen Hoppe.

241) Gorham Bacon: Fall von (titie e n Hirnabscess. (A case of brain abscess secondary to chronic supparative otitis media and presenting unusual symptoms)

(The New-York Medical Journal, 15./VIII, 1896.) Der 32j Mann litt seit 15 Jahren an linksseitiger Otitis media Von Zeit zu Zeit klagte er über Kopfschmerzen und benahm sich manchmal son lerbar. December 1895 bekam er unter profeser Eiterung und Fieher sehr starke Kopfschmerzen. Nach einigen Tagen traten allgeme'ne Krämpfe mit Bewusstlosigkeit ein, welche 20 Mingten danerten. Am 5. December Anfmeisselung des Proc. mastoideus. An den bei len nächsten Tagen bei mässigem Fieler verhältnissmässiges Wohlbefinden, am 3. wurde der Kranke unter Austeigen des Fiebers und bedeutender Pulsbeschleunigung unrahig, verwirrt und aphasisch Die Aphasie bestand vorzugsweise in verbaler Amnesia. Am 10. erfolgte die Trepauation des Gehirns 2 Zoll oberhalb des ausseren Gehörgangs. Die Dura zeigte sich verdickt und adhärent; ein Einschnitt in dieselbe ergab einen grossen Absoess mit übelriechendem Eiter, welcher entleart wurde. Die Erscheinungen anderten sich nach der Operation zunächst nur wenig. Beim Verbandwechsel entleerte sich in den nächsten Tagen immer noch stinkender Eiter. Dazu traten noch am 13 und 14. schwere Kramptanfalle. Von nun an besserte sich das Befinlen, der Eiter verlor den üblen Gernch, die Aphasie schwand langsam, doch fehlten dem Patienten noch am 22. Namen, besonders Eigennamen. Im Januar 1896 verschwand die Aphasie vollständig.

B. hat 5 Patienten mit Hirnabseess operirt, von welchen 3 gestorbes sind. Es waren dies ein Extraduralabseess, ein Kleinhirnabseess und 3 Abseesse des Temporo-Sphenoital-Lappens. Diese 3 letzteren waren alle auf der linken Seite und alle mit deutlichen aphasischen Symptomen verbunden. B. hält die Aphasie für ein werthvolles Symptomen zur Diagnose dieser Abcesse. In allen bestanden heftige Kopfschmerzen, in 2 Fällen war der Puls langsam und voll, die Temperatur normal oder subnormal, währen in dem berichteten Falle Pulsbeschleunigung und erhöhte Temperatur auf eine Sinusthrombose hinzudeuten schienen.

242) Treitel: Ueber Hirnerkrankungen und Naseneiterungen. (Vortrag in der Berl. Med. Ges. 2. XII. 18.6)

T. fand unter c000 Sectionsprotocollen des Berliner pathologischen Instituts 21 Fälle von Hirnabscess, darunter 7 otitischen Ursprungs und 4, die von der Stirn- resp. der Stirn- und Siebbeinhöhle ausgegangen wares.

Abgesehen von den seltenen Fällen angeborener Defecte, wodurch eine Verbindung zwischen Schädelhöhle und Nase gebildet ist, wird eine solche durch die Gefässt eziehungen der Nase zum Schädelinnern und durch die Bluträume in der Spongiosa der Knochen hergestellt. Auf diesem Wege erfolgt dann die Infection.

Weigert und Strümpell, dann Weichselbaum, Störk, Heubner und Ewald haben Fälle veröffentlicht, in denen ein ursich-

licher Zusammenhang zwischen acuter Naseneiterung und Hirneiterung constatirt wurde; doch hält T. nicht in allen Fällen den Nachweis für sicher erbracht.

Wichtiger sind nach T. die chronischen Hirneiterungen, welche von chronischen Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase ausgehen. Stirnhöhlenerkrankungen führen mehr zu localisirter Eiterung, Hirnabscessen (in 21 Fällen 9 mal), währeud nach Erkrankungen der Keilbeinhöhle in der Regel Thrombose des Sinus cavernosus mit Basalmeningitis folgt. Bei der Stirnhöhle findet die Infection mehr direct, bei den anderen oft indirect statt. Von Siebbeineiterungen, die gewöhnlich mit Eiterung in anderen Nebenhöhlen vergesellschaftet sind, sind nur 6 als isolirt zu betrachte de tödliche Fälle bekanut, davon 3 mit Hirnabscessen. Perforation der Lamina cribrosa ist aber selten. Gelegentlich kommt es durch Perforation der Lamina papyracea zu einer Orbitalphlegmone mit anschliessender Erkrankung des Orbitaldaches und von hier aus zu Abscessen im Frontallappen (Fall von Schäfer). Auf diesem indirecten Wege können auch Eiterungen der Stirnhöhle und der Highmoreshöhle zur Infection des Schädels führen.

Die Eiterungen nach Stirnhöhlenerkrankungen sind die häufigsten und bieten auch die besten Aussichten für ein operatives Eingreifen. T. führt kurz einen solchen Fall seiner Beobachtung au, der aber trotz mehrfacher Operation an den Stirnhöhlen unter Krampfanfällen zum Tode führte; die Section ergab einen sehr grossen Abscess im Frontallappen.

Hoppe.

243) C. Benda: Zwei Fälle von Cholesteatom. — Berliner Med. Ges 3. LL. 1897.

(Berliner Llinische Wochenschrift 1897, Nr. 8.)

Bei beiden Patientinnen von 46 resp 45 Jahren liessen sich die ersten Andentungen einer Hirnerkrankung sehr lange, 20 resp. 15 Jahre zurückverfolgen. Im ersten Falle hatten sich seit 2 Jahren Schwächezustände in den linksseitigen Extremitäten entwickelt. Es bestanden bei der Aufnahme ins Krankenhaus Paresen und Parästhesien, starke Herabsetzung der motorischen Kraft links und auf beiden Seiten Muskelatrophie, ausserdem leichte Schluck- und Sprachstörungen, leichte Ataxie und allgemeine Schwäche, die bald zum Tode führte. Im zweiten Falle prävalirte eine linksseitige Trigeminus-Neuralgie, so dass das Ganglion Gasseri resecirt wurde. Nach 14 Tagen Secretion der Wunde, Hirndruckerscheinungen. Unter rapidem Kräfteverfall erfolgte der Tod 4 Wochen nach der Operation.

Die Section ergab im ersten Fall ein Cholesteatom, das sich ausschliesslich in der linken Kleinhirnhemisphäre entwickelt und dieselbe fast ganz zerstört hatte. Im zweiten Fall sass die viel grössere Geschwulst hinter dem Chiasma, sie hatte Hypophyse und Infundibulum zerstört und war in den 3. Hirnventrikel eingebrochen; seitlich davon war ein grosser Knoten in den rechten Schläsenlappen eingebrochen, dahinter zeigten sich flachere Ausbritungen in der Arachnoidea des Pons, nach seiner Oberseite herumgreisend, und einige Knoten in der Kleinhirnhemisphäre. Die Geschwülste zeigten Cysten, in deren Kapsel B. sämmtliche Schichten der normalen Epidermis nachweisen konnte. Die weiteren eingehenden Untersuchungen bestätigten im Allgemeinen das Hauptergebniss Virchow's,

dass das Cholesteatom als ein proliferirendes Cystoid von epidermoidalem Typus aufzufassen ist. Als Ausgangspunkt desselben vermuthet B., wie er des Näheren darlegt, eine Metaplasie des Hirnhöhlenepithels.

Hoppe.

244) Cassirer: Ein Fall von Lues cerebrospinalis.

(Dentsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9. p. 99 ff.) ...

Aus der Krankengeschichte des von C. mitgetheilten Falles ist zu entnehmen, dass eine Frau seit mehreren Jahren an Kopfschmerzen und einer Hemiplegia dextra litt, die nach der Beobachtung spastischer Natur war. Dabei bestand Steigerung auch der linksseitigen Sehnenreflexe, articulatorische Sprachstörung, Pupillendifferenz (rechts > links), rechtsseitige Pupillenstarre und ein an Demenz und Verwirrtheit erinnernder hallucinatorischer Erregungszustand dauernd. Vorübergehend fand sich Doppeltsehen, eine linksseitige Ptosis und eine rechtsseitige Facialisparese und einmal ein an Meningitis acuta erinnernder Zustand (Erbrechen, Genickschmerzen). Tod erfolgte bei allgemeinem Marasmus unter linksseitigen clonischen Zuckungen.

Bei der Obduction und der microscopischen Untersuchung fanden sich neben Hepatit. interstitialis und Nephrit. parenchymat. mannigfache Veränderungen des Centralnervensystems: Pachymeningitis im Gebiete des Pons und des Kleinhirns, eine auf die augrenzenden nervösen Theile übergreifende Leptomeningitis im Gebiete aller zur Untersuchung gelangten Theile (Rückenmark, Medulla oblongata, Pons, Pedunculi cerebri und Kleinbirn), kleinzellige, von den Meningen ausgehende, im Innern theils verkäste, theils fibros entartete Granulationsgeschwülste im linken und rechten Fuss des Pons und der Pedunculi cerebri. Durch den rechten Herd ist nur ein kleiner Theil der rechten Pyramidenbahn, durch den linken der grösste Theil der linken Pyramidenbahn und ausserdem fast die ganze übrige Fussfaserung Weiter findet sich hochgradige Degeneration des linken intramedullären Trochlearisschenkels, der rechten spinalen Trigeminuswurzel, hochgradige absteigende Degeneration der linken Pyramide in der Medulla und des entsprecheuden rechten Pyramidenseitenstranges im Rückenmarke, geringere Degeneration der rechten Pyramide und des linken Pyramidenseitenstranges, unbedeutende im rechten Pyramidenvorderstrange. Degeneration der Wurzeleintrittszone der hinteren Wurzeln im unteren Theile des Halsmarkes der linken Seite, endlich eine Endarteriitis ehron, und Meso. und Periarteriitis chron. der untersuchten Arterien (Aa. spinales, vertebrales, basilaris).

Als Seitenstück zu den Fällen von Tabes, bei denen neben den tabischen Veränderungen der Nachweis von syphilitischen erbracht wurde, stehen hier die echt syphilitischen Erscheinungen im Vordergrund, während eine Erscheinung, die typisch für das Anfangsstadium der Tabes dorsalis ist, partielle Degeneration der Eintrittszone der hinteren Wurzeln in den Burdach'schen Strängen, nebenher geht, ein Befund, der nicht von Unwichtigkeit ist bei der Entscheidung der Frage nach der Aetiologie der Tabes dorsalis.

Dauber - Würzburg.



245) Brasch: Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, p. 418 ff.)

Verfasser beobachtete einen 43jährigen Mann, bei dem 1¹|2 Monate nach der luetischen Infectiou eine periphere Facialislähmung eingetreten war (allerdings bestand auch Bleisaum). ⁵|4 Jahre später Schwindelaufälle, Zueker im Uris, Schwinden des Patellarreflexes. Dieser stellt sich nach einem Monat wieder ein, wogegen der Schwindel zunahm und Schwerhörigkeit eintrat. Auf Jodkali Befreiung von den Beschwerden, ausgenommen Facialislähmung. ¹|4 Jahr später Hemiplegie links. Allmähliches Auftreten von Bulbärsymptomen und ⁵|4 Jahre post infectionem exitus letalis. Bei der Obduction fanden sich die Arterien in der Hirnbasis hochgradig luetisch verändert. Bei genauerer Untersuchung fand sich im Bulbus unterhalb der Decussat pyrram eine Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn links und vorderstungbahn rechts und diese lassen sich verfolgen bis in einen Erweichungsherd im Pons, der sich von der Höhe des Trigeminusaustrittes bis kn z hinter die Trochleariskreuzung erstreckt.

Ob nun die ursprüngliche Facialislähmung luetischer Natur war, entscheidet Verfasser mit Recht nicht. Ebenso betont Verfasser mit Recht, dass das Moment ungenügender Behandlung allein vielleicht noch nicht in ausreichender Weise die Verlaufseigenthümlichkeit des Falles erkläre, vielmehr weist er auf die Cumulirung von Schädlichkeiten im vorliegenden Falle hin, auf die neuropathische Belastung und auf die Beschäftigung mit Blei. In seinen Schlusssätzen betont er noch, dass Nervenerkrankungen specifischer Natur bei Luetischen in jedem Zeitstadium der Erkrankung auftreten können, sogar schon wenige Wochen nach der Insection, dass ungenügende Behandlung das Auftreten der Früherkrankungen zu begünstigen scheint und dass ein Unterschied zwischen diesen Früherkrankungen des Nervensystems und solchen in der Spätperiode höchstens in idem acuteren Einsetzen und schnelleren Verlauf der ersteren gegenüber dem chronischen Beginn und lentescirenden Gange der letzteren besteht.

Dauber (Würzburg).

2-i6) W. v. Bechterew (St. Petersburg): L'automatisme considéré comme une des manifestations de la syphilis cérébrale.

(Revue neurologique Nr. 1, 1897)

Der Autor ist zu der Anschauung gelangt, dass ein Automatismus von der Art, wie er bei Epilepsie und chronischem Alcoholismus beobachtet wird, auch bei cerebraler Syphilis als vollkommen unabhängiges Symptom vorkommt. Als Beleg führt er folgenden Fall an: Ein 37jähriger Commis, dessen Vater Potator war und welcher sich abgesehen von luetischer Infection vor 12 Jahren immer wohl befunden hatte, wurde December 18.5 ohne nachweisbare Ursache vor Kopfschmerzen befallen, die namentlich Nachts sich steigerten und Schlaflosigkeit herbeiführten. Einige Zeit später Schmerzen an der linken Fusssohle unterhalb des Tibiotarsalgelenkes, welche sich ebenfalls Nachts steigerten. Seit Februar 1896 Anfälle von momentaner Umnebelung des Bewusstseins, die anscheinend seitens der Umgebung unbeachtet blieben. Gegen Mitte Mai ein längerer Anfall. Der

Patient hatte bei einer Bank einen Wechsel zu escomptiren und begaun, nachdem er das Geld erhalten hatte, die empfangenen Banknoten zu zerreissen. Nachträglich wusste er von dem Vorgange wie überhaupt von dem Besuche in der Bank nichts. Zwei Wochen später eine ähnliche längere Attaque von Automatismus; man fand ihn zwecklos in einem von seiner Wohnung entfernten Hof herumirrend; wieder Amnesie. Ein weiterer derartiger Anfall veraulasste die Consultation B.'s. Bei der Untersuchung fand sich: Am linken Fusse an der Innenseite des Talus eine schmerzhafte Anschwellung; auch am Schädel auf beiden Seiten leichte Knochenanschwellungen; die betreffenden Knochenstellen für Druck und Percussion sehr empfindlich. Keine Pupillenveränderung. Durch energische autiluetische Behandlung wurde vollständige Heilung erzielt.

B nimmt an, dass es sich im vorliegenden Falle um luetische Pachymeningitis mit Betheiligung der Kopfknochen handelte. Die Deutung der Anfälle von Automatismus anlaugend bemerkt B., dass man dieselben als Aeusserung einer durch Gehirnlues verursachten Epilepsie betrachten könnte. Nachdem jedoch die Anfälle bereits mehrere Monate bestanden und sich lediglich in der Form des Automatismus zeigten, hält B. die Annahme für gerechtfertigter, dass dieselben eine von Epilepsie unabhängige Krankheitserscheinung gehirnluetischen Ursprungs darstellen.

L Löwenfeld.

247) Brauer: Ueber einen klinisch beobachteten Fall zon Pseudo: Bulbärparalyse im Kindesalter.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 416 ff.)

Bei der jetzt 14jährigen Patientin setzte im 11. Lebensmonat zit Infectionserscheinungen (Fieber und Muskelkrämpfe) eine symmetrische Zungen- und Lippenlähmung (Anästhesie und Dysphagie bedingend) und eine geringfügige Hemiparese rechts ein. Der Zustand blieb stationär, Atrophie und Entartungsreaction ist nicht eingetreten, ebenso keine fibrilären Zuckungen und keine Sensibilitätsstörungen. Unterkieferreflex ist gesteigert, Gaumensegelreflex fehlt. Es liegt also eine Bulbärparalyse supranucleären Ursprungs vor. Diese Läsionen sind jedenfalls ursprünglich verursacht durch eine acute Encephalitis. Es liegt also hier eine psendobulbäre Form der cerebralen Kinderlähmung vor.

Verfasser führt die Differentialdiagnose etwas näher aus.

Dauber - Würzlurg.

248) Muratow (Petersburg): Little'sche Krankheit (angeborene spastische Paraplegie).

(Obosrenje psichiatrii i nevrologii Nr. 1, 2, 3, 1897.) nomisch für dieselbe sind folgende Cardinalsymptom

Pathognomisch für dieselbe sind folgende Cardinalsymptome: 1. Spastische Paraplegie beider unteren Extremitäten; 2. das Angeborensein der Krankheit, wobei Anomalien des Geburtsactes nachzuweisen sind; 3. die allmählige Besserung. Ausserdem kann man Störungen der Psyche (in Form von Blödsinn), Mitbewegungen, Atrophie der paretischen Muskeln und Innervationsfehler der Gesichts- und Augenmuskeln beobachten. Ohne Lues als ätiologisches Moment vollständig auszuschliessen, misst der Autor

den Hauptgrund der Krankheit verschiedenen Schädigungen des Fötus während der Schwangerschaft und der Geburt bei.

Was die Pathogenese betrifft, so erklärt sich die Paraplegie aus einer primären Herderkrankung im Gebiet der Centralwindungen durch Bluterguss unter der Pia entstanden, sowie secundäre Degeneration im Gehirn und Rückenmark. Therapeutisch empfiehlt Autor Massage, Bäler und passive Gymnastik.

Bary (St Petersburg).

249) Mya e Levi: Ein Fall von Little'scher Krankheit. (Studio clinico relativo adun caso di diplegia spastica congenita)

Bei einem Neugeborenen werden mehrere Stunden nach sehr schwerem Partus Rigidität der unteren Extremitäten und der Hände und spastische Angenbewegungen bemerkt. Das Kind lernt sehr schwer saugen. Die Contracturen halten an, nach einigen Monaten geht es unter pulmonäron Erscheinungen (ab ingestis) zu Grunde.

Das Nervensystem dieses Falles von Little'scher Krankheit wird genau durchforscht. Es finden sich Verkümmerungen und Verdünnungen der Ausläuser der Pyramidenzellen. Die Fasern im Pyramidenstrange besitzen nur ein Viertel ihres sonstigen Kalibers. Keinerlei Daten werden aufgefunden, welche für einen Zusammenhang des Symptomencomplexes mit einem Gebur'strauma sprechen könnten. Auf Grund des angegebenen Gehirnbefundes wird die van Gehuchten'sche Auffassung, die Little'sche Krankheit sei eine rein spinale Affection, bekämpft.

Jentsch (Turin).
250) J. Hendrie Lloyd und Joseph Seiler (Philadelphia): Fin Fall
von hämorrhagischer Encephalitis. (A case of rapidly fatal cerebritis,
resembling cerebrospinal meningitis with exhibition of section of the cerebrum, mid brain, pons and oblongata.)

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 9, S. 610.)

36 jähriger Architect wurde plötzlich von Schüttelfrost ergriffen, dem holes Fieber, intensive Kopfschmerzen und Schmerzen im Rücken und in den Gliedern folgten. Erbrechen und Convulsionen bestanden nicht. balb 24 Stunden bereits bekam der Kranke Delirien. Man vermuthete anfänglich ein typhöses Fieber und behandelte ihn zu Hause in entsprechender Weise. Weitere Angaben fehlen aus dieser Zeit Bemerkt wurde uur am 3. Tage, dass das Oberlid des linken Auges herabhing und der entsprechende Augapfel nach auswärts gedreht war. - Am 4 Tage wurde der Kranke unter schweren typhösen Erscheinungen ins Spital aufgenommen. Grosse Depression, stuporos oder delirirend. Schneller Puls, beständiges Fieber. Vollständige Lähmung des linken 3. Nerven. Lid hing herab, Augapfel nach auswärts gedreht, Pupille erweitert. Gleichzeitig bestand eine Art von Trismus am Kiefergelenk, besonders wenn der Kranke zu sprechen begann, ausserdem Hyperästhesie der Haut am Rumpfe. Darauf stellte sich ein reichlicher Purpura-Ausschlag mit ecchymotischen Flecken und Veränderungen, die au Erythema nodosum erinnerten, ein. Der Puls war jetzt schnell und compressibel und der Nervenzustand der des Halbcoma. Zustand verschlimmerte sich zusehends. Am 5. Krankheitstage erbrach er eine braune, blutige Flüssigkeit; gleichzeitig zeigte der Urin Blut und Eiter. Am 6. Tage Tod. Digitized by Google Section ergab: Leachte Extravasion von Leucocythen in die perivasculären Räume der Dura und Pia. Leichte Trübung der Meuingen. Im linken Occipitallappen in der Gegend des Cuneus ein blutiger, aber nicht eitriger Herd. Ein anderer Erweichungsherd von ebenfalls frischem, entzündlichem Ursprunge im Vorderlappen gerade an der aufsteigenden Centralwindung. Im Mittelhirn auf der linken Seite um die Gegend des Kernes des 3. Paares grosse punktförmige Hämorrhagien. Eine weitere necrotische und erweichte Stelle fand sich im linken Occipitallappen; auf Druck entleerte sich hier Eiter. Hämorrhagien fanden sich ausserdem noch an verschiedenen Stellen.

b) Rückenmark.

251) S. E. Henschen: Multiple Sklerose nach Diphtherie. (Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrit efter difteri hos ett barn.)

(Nord. medic. Arkiv 1898, Nr. 22.)

Ein bisher gesundes 14jähriges Mädchen wurde am 7. Mai 1893 gleichzeitig mit mehreren anderen Personen ihrer Umgebung von einem leichteren acuten Halsleiden befallen und musste das Bett hüten. Am 5. Tage jagende Schwerzen, Parästhesien, Zittern und Schwachheit der Beine. Am folgenden Tage Urinretention; das Gehen wurde unmöglich Einige Tage später complete Lähmung der Beine und Anästhesie beider Unterextremitäten und des Truncus, welche auf der rechten Seite bis an das 5. Interstitium costale emporreichte. Schwäche des rechten Armes, die Patellar reflexe waren ein weuig verstärkt, erloschen aber nach 3 Tagen wieder. Die Muskulatur der Beine wurde atrophisch und schlaff Ptosis beiler Augen; die Pupillen waren gross und deren Reaction träg. Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit mit trägen Zuckungen der Muskeln der Beine. Juni Verbesserung der Beweglichkeit und Sensibilität. Decubitus, Marasmus. Ende Juli Bronchopneumonie. Am 4 August Tod.

Bei der Section fanden sich in der ganzen Länge des Rückenmarks zahlreiche sklerotische Herde zerstreut, die grössten und zahlreichsten im Dorsalmark, im Cervicalmark nur wenige von Stecknadelkopfgrösse. Die Goll'schen Stränge im Cervicaltheil secundär degenerirt. In den Herden sind die Nervenfasern mehr oder weniger vollständig degenerirt, die Axencylinder oft unbeschädigt; in den Herden der grauen Substanz sind die Ganglienzellen zerstört und das Gewebe enthält zahlreiche Neurogliazellen und fibrilläre Fasern. Die Gefässwände sind unverändert, um die Gefässe zahlreiche ausgewanderte Leucocythen. Ausgebreitete Degeneration der Nerven des Beines, in geringem Grade auch der Nerven des Armes.

Seine Anschauungen über den vorliegenden Fall resumirt der Verfasser folgendermassen:

- 1. Es ist ein seltener Fall von disse minirter Sklerose mit Neuritis in Folge von Diphtherie.
- 2. Es ist ein acuter Fall, welcher beinahe ohne Analogon ist.
- 3. Eine ähnliche Sklerose ist bisher kaum nachgewiesen beim Kinde
- 4. Er zeigt klinisch das Bild einer Myelitis, welches durch den acuten Verlauf und die Gegenwart der Neuritis erklärlich wird.

- 5. Er zeigt deutlicher als andere Fälle den Zusammenhang zwisch en Infectionskrankheiten und Sklerose.
- 6. Klinisch wird er am leichtesten durch die Annahme einer Toxinwirkung erklärt.
- 7. Er zeigt anatomisch das Bild einer Inflammation und wird eine anatomische Stütze der Auffassung, dass das Primäre der verschiedenen Formen von Sklerose in der Wirkung der Toxine auf die Gewebe zu suchen ist.
- 8. Ausser Sklerose des Rückenmarks findet sich eine leichte Neuritis der Armnerven und eine vollständige Degeneration der Nerven beider Bline.

 Koch (Kopenhagen).

252) Teichmüller: Ein Beitrag zur Kenntniss der im Verlanse der perniciösen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 8, p. 385 ff.)

Verfasser beobachtete einen Fall von perniciöser Anämie, bei dem zu Lebzeiten von nervösen Symptomen nur Akroparästhesien notirt sind.

P. m. fanden sich im Rückenmark starke Veränderungen. Im Halsmark war besonders die Basis der Vorder und Hinterhörner scheinbar symmetrisch in grosser Ausdehnung zerstört durch unregelmässige Höhlen, deren Füllungsmasse aus einer homogenen Masse bestand, in der einzelne Blutkörperchen erkannt wurden. Die Ganglienzellen zeigten Körnung des Protoplasmas, der Centralkanal war erweitert, die Gefässe zeigten Erweiterung der perivasculären Räume. Wo die graue Substanz noch nicht zerstört war, erschieu ihr Gewebe gelockert. Weisse Substanz intact.

Im Brustmark war die Basis des einen Hinterhorns von einer grossen Blutung durchsetzt. Dieser Herd ging in eine vollkommene Neurogliasklerose über. Im Annex des einen Hinterhorns ein ähnlicher, kleinerer Herd. Einzelne Gefässe zeigten homogene Verdickung der Wandung, die weisse Substanz Degeneration der Hinterstränge durch Quellung und allmählichen Zerfall der Markscheiden, Zerfall der Axencylinder bei stark gewuchertem Neurogliagewebe. In den Vordersträngen fand sich ein mittelgrosser Blutungsherd, ebenso in einer vorderen Nervenwurzel.

Dieser Befund steht Nonne entgegen, der die graue Substanz als immer intact erklärte. Betreffs der Entstehung der Herde im Rückeumark giebt der vorliegende Fall gaten Aufschluss und Verfasser kommt nach Deduction seines Befundes und der einschlägigen Beschreibungen in der Litteratur zu folgenden Schlüssen:

- Veränderungen der grauen Substanz des Rückenmarks können bei perniciöser Anämie sehr wohl vorkommen und sogar den auffallendsten Befund ausmachen;
- 2. a) die fleck- und herdförmige Degeneration der weissen Substauz musste ätiologisch von Blutungen abhängig gemacht werden;
 - b) dieselbe Aetiologie dürfte für die strangförmige Eikrankung Giltigkeit beauspruchen;
- 3. die Erkrankungen der Gefässe erfordern bei perniciöser Anämie ein weiteres Studium. Dauber Würzburg.

253) Hochhaus: Ueber familiäre spastische Spinalparalyse.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 291 ff.)

Verfasser vermehrt die Casuistik der familiären spastischen Spinalparalyse um weitere 3 Fälle, Geschwister, ein Mädchen von 2i Jahren und 2 Knaben von 13 und 8 Jahren. Die Eltern sind vollkommen gesund, nicht mit einander verwandt; Nervenkrankheiten sind nicht in der Familie nachzuweisen, keine Lues, dagegen ist in der Familie der Mutter Tuberculose erblich. Ausser den 3 erkrankten Kindern lebt noch ein Bruder mit 17 Jahren, der vollkommen gesund ist. Aetiologisch ist also nichts nachweisbar. Das Krankheitsbild ist sehr übereinstimmend. Stets beginnt das Leiden im 2. Lebensjahre und erreicht unter stetem Fortschreiten im 6. Lebensjahre grösste Intensität. Von da ah blieb das Leiden bei der Schwester trotz aller Therapie stationär, bei dem älteren Bruder wurden die Symptome allmählich besser und es ist besonders in den letzten Jahren durch Bäder und Massage eine wesentliche Besserung erzielt, bei dem jüngeren dagegen ist trotz der Behandlung eine Verschlechterung eingetreten (allerdings ist der Knabe erst 8 Jahre alt [Ref.]).

Die einzelnen Züge der Krankheit sind im Wesentlichen dieselben: Spastische Parese der unteren Extremitäten mit Erhöhung der Reflexe und Fussclonus ohne jegliche Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörung. Die deutliche Atrophie der Unterschenkelmuskulatur bei dem jüngsten Knaben ist wohl abhängig von der starken Muskelcontractur.

Betreffs der Localisation und der Beschaffenheit der zu Grunde liegenden Erkrankung des Nervensystems deutet die langjährige Beschräukung der spastischen Parese auf die unteren Extremitäten auf eine Erkrankung der Pyramidenbahn in ihrem unteren Abschnitt, aufgebaut auf einer congenitalen fehlerhaften Ausbildung.

Die Annahme einer doppelseitigen Hirnerkrankung, also einer Art Little'scher Krankheit ist nicht zulässig wegen des Fehlens jedes ätiologischen Momentes und des Fehlens jedes Symptoms, das auf eine Affection des Gehirns schliessen liesse, wie Characterveränderung, Störungen der Intelligenz, Strabismus etc. und wegen des absoluten Freibleibens der Arme. Auch der Verlauf schliesst die Little'sche Krankheit aus, denn während sich hier immer ein stationärer Zustand herausbildet, hat sich von den vorliegenden Fällen der eine bedeutend gebessert, der andere sich dauernd verschlichtert.

Aus der Zusammenstellung der Litteratur ergaben sich als gemeinsame Momente: 1. das Fehlen jeglichen ätiologischen Momentes, 2. die Beschränkung auf die unteren Extremitäten und 3. das familiäre Vorkommen.

Verschieden ist der Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes. Der Beweis, dass es sich um eine Affection der Pyramidenbahnen handelt, wurde durch die Obduction eines Falles von Strümpell erbracht.

Dauber (Würzbnrg).

254) Muchin: Ein Beitrag zur Kenntniss der toxischen spastischen Spinalparalyse.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 9, p. 443 ff.)

M. bespricht in diesem Aufsatze die Befunde, welche man bis jetzt pathologisch-anatomisch von Fällen hatte, welche im Leben dem Bilde glichen, das Erb von der syphilitischen Spinalparalyse aufgestellt hat, und führt aus, dass wahrscheinlich das anatomische Bild bei der toxischen spastischen Spinalparalyse (syphilitischen nach Erb) dem Bilde des Strümpell'schen Typus der combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks entspricht.

Dieses ist jedoch e'was abweichend von dem Bilde, das Erb vorausgesetzt hat, indem die Hinterhörner sich nicht als erkrankt erwiesen. Dies ist auch nach M.'s Meinung nicht nöthig zur Erklärung der Exurinationsund Defæcationsstörungen, da diese auch bedingt sein können durch Beeinträchtigung der Bahnen, welche die spinalen Exurinations- und Defæcationscentren mit dem Gehirn verbinden und diese verlaufen, wie man annimmt, in den hinteren Abtheilungen der Seitenstränge.

Erweist sich die Voraussetzung als richtig, dass das anatomische Bild der toxischen spastischen Spinalparalyse dem Bilde der combinirten Systemerkrankung entspricht, so wird sie vielleicht die bis jetzt sehr dunkle Aetiologie der combinirten Systemerkrankung etwas klären.

Verfasser theilt 7 einschlägige Fälle mit.

Dauber (Würzburg).

255) Pearce Bailey James Ewing: A contribution to the study of acute ascending (Landry's) Paralysis.

(Reprinted from the New-York medical Journal, July 4 and 11, 1896.)

Die Autoren berichten zunächst über einen Fall von Landry'scher Paralyse mit Sectionsbefund, der im Roosevelt Hospital auf der Abtheilung Dr. Pelafield's znr Beobachtung kam. Die Patientin, eine belährige Irländerin ohne erbliche Belastung, dem Biergenuss ziemlich ergeben, war immer gesund bis eine Woche vor ihrer Aufnahme in das Hospital. Ihre Erkrankung begann am 19. November 1895 mit Erbrechen und Schwindel; am 23. November trat plötzlich Lähmung beider Beine ein, wozu sich am 24. November Lähmung des linken Armes und Parese des rechten Armes gesellte; die Empfindung war nicht beeinträchtigt. Bei der Aufnahme am 25. November fand sich neben diesen Lähmungserscheinungen geringe Ptosis links; Blasen- und Mastdarmfunction normal, die Reflexe erloschen, die tactile Sensibilität erhalten, herabgesstzte faradische Erregbarkeit in den gelähmten Muskeln. Puls 100, Temperatur 101,4 F. (== 38,5 C.). Am 27. November Kopfschmerz und Dyspnoe, am 29. November Dysphagie und Dysphonie, am Abend Bewusstlosigkeit und unter schwerer Dyspnoe Exitus.

Die Section ergab (anatomische Diagnose): Congestion und Oedem der Lungen, acute Degeneration der Leber und Nieren, acute hyperplastische Splenitis. Die microscopische Untersuchung des Rückenmarkes ergab Veränderungen der grauen Substanz in der ganzen Längsausdehnung, die in einzelnen Abschnitten jedoch stärker entwickelt waren als in anderen. Die Läsion

bestand in beträchtlicher Congestion aller Blutgefässe, Capillarhämorrhagien und Trombosirung einzelner Arterienästchen in der Cervicalgegend, Rundzelleninfiltration in der Umgebung der Gefässe, welche an manchen Stellen bis zur Bildung miliarer Abscesse ging. Daneben bestand diffuse Zellinfiltration der Cinerea, welche sich mitunter etwas in die weisse Substanz hinein erstreckte. In manchen Abschnitten war der Process so weit gediehen, dass nichts mehr zu unterscheiden war als Rundzelleniufiltration und Detritus von Neuroglia und Ganglienzellen.

Die in den Ganglienzellen beobachteten Veränderungen bestanden hauptsächlich in partiellem oder vollständigem Mangel der chromophilen Massen. In den Abschnitten, in welchen der entzundliche Process am ausgesprochensten war, fanden sich geschrumpfte und unregelmässige Zellkörper und Ansammlungen deformitter chromophiler Körper ohne sichtbare Zellkerne. In der weissen Substanz, abgesehen von der bereits erwähnten stellenweisen Betheiligung an dem entzundlichen Processe nur mässige

circumvasculäre Infiltration der Blutgefässe.

Was die topographische Vertheilung der Veränderungen betrifft, so waren dieselben in der Cervicalregion am beträchtlichsten, in der Dorsalund Lumtalregion ausgedehnt, die Zellen der Clarke'schen Sänlen jedoch nur wenig betroffen, in der Sacralregion und im Conus medullaris fanden sich die Läsionen am wenigsten ausgesprochen; die Hinterhörner zeigten sich in der ganzen Länge des Markes nur wenig betheiligt. Die Fasern der Nervenwurzeln der oberen dorsalen und der cervicalen Segmente waren wohl erhalten. In der Medulla oblongata und im Pons liessen sich ähnliche Veränderungen wie im Rückenmark nachweisen und zwar insbesonders in der grauen Substanz am Boden des 4. Ventrikels. Die Kerne fast aller Gehirnnerven waren mehr oder weniger geschäligt. Auch in den Basalganglien, der Rinde der motorischen Zone und im Cerebellum waren ähnliche Veränderungen wie im Rückenmark zu constatiren. Bakterien liessen sich in Schnitten aus verschiedenen Höhen, die mit Löffler's alcalischem Methylenblau und nach der Gram'schen Methode gefärbt waren, nicht finden.

Im Anschlusse an vorstehende Beobachtung geben die Autoren eine Zusammenstellung von 44 Fällen von Paralysis adscendens acuta mit letalem Ausgarge und zwar lediglich von Fällen, in welchen eine microscopische Untersuchung des Nervensystems statthatte und die Krankengeschichte über die wichtigsten klinischen Symptome genügende Klarheit gewählt. Diese Fälle sondern die Verfasser in 4 Gruppen: 1. Fälle, in welchen keine anatomischen Veränderungen im Nervensystem gefunden wurden. 2. Fälle, in welchen eine acute exsudative Entzündung des Rückenmerkes und der Medulla oblongata, zum Theil auch des Gehirns bestand. 3. Fälle, in welchen eine acute Entzündung des centralen und peripheren Nervensystems bestand.

Bezuglich der ersten Gruppe sind die Autoren der Ansicht, dass es sehr fraglich ist, ob das gleiche negative Resultat bei Anwendung der gegenwärtig üblichen Untersuchungsmethoden erzielt worden wäre. In 28 Fällen Landry'scher Paralyse wurden Läsionen entweder im centralen Nervensystem allein oder im centralen und peripheren Nervensystem nachgewiesen. Für die verschiedenen Gruppen lassen sich auf Grund der vor-

liegenden Beobachtungen differential-diagnostische Kriterien nicht aufstellen. Fälle mit negativem Befund boten klinisch das Bild einer Infectionskrankheit ebenso wohl als die meisten Fälle mit ausgedehnten pathologischen Veränderungen. Sensibilitätsstörungen, welche auf Neuritis hinwiesen, fanden sich in Fällen mit gesunden Nerven nicht minder als in solchen mit Neuritis. Die Verfasser kommen zu dem Schlusse, dass die acute Paralysis adscendens eine acute Blutvergiftung ist, bei welcher das toxische Agens hauptsächlich auf das Nervensystem wirkt. Rückenmark und Medulla oblongata sind der gewöhnlichste Sitz der Läsion, doch können auch Cortex und Nervenwurzeln betheiligt sein. Im Rückenmark zeigt die Läsion den Character einer acuten Poliomyelitis anterior (acute exsudative Entzundung, Degeneration der Ganglienzellen etc.), die Läsionen in anderen Theilen des Nervensystems sind von ähnlicher Natur. Die Annahme, dass die Veränderungen bei typischer Landry'scher Paralyse sich auf die peripheren Nerven beschränken können, basirt auf einer einzigen von Déjérine vor 20 Jahren mitgetheilten Beobachtung. Man kann gegenwärtig nicht leugnen, dass die Landry'sche Paralyse einen ungunstigen Ausgang nehmen mag, ohne dass es zu nachweisbaren histologischen Veränderungen im Nervensystem kommt. L. Löwenfeld.

256) H. Jacobens: Beiträge zur Lehre von der tuberculösen Spinalmeningitis und von der Myelitis. (Bidrag til Lären om tuberkulös meningitis spinalis og akut leukomyelitis.)

(Nord. med. Arkiv 1896, Nr. 27.)

1. 36jährige Wittwe bekam eine Endometritis puerperalis, welche 3 Wochen dauerte. Ein paar Tage nachdem sie aus dem Bette gekommen war, stellte sich Fieber, Husten, Kurzathmigkeit u. s. w. ein. Einige Wochen später plötzlich heftige Schmerzen in der Lendenregion. Sie wurde ins Hospital aufgenommen und zeigte hier deutliche Zeichen einer doppelseitigen Phthise. Die Lumbo-sacral-Schmerzen wurden ausserordentlich heftig und waren von bedeutender Empfindlichkeit gegen Druck begleitet. Nach und nach entwickelten sich Paralyse der unteren Extremitäten, Urinretention, Steifigkeit des Nackens, Opisthotonus, Kopfweh, Erbrechen u. s. w. Endlich Coma und Tod Bei der Section fand man Phthisis pulm., Endometritis und Salpingitis tubercul, Meningitis basilaris. Die Haute des Rückenmarks waren in ihrer ganzen Länge mit tuberculösem Exsudat infiltrirt, am ausgesprochensten in der Lumbalregion. Microscopisch zeigte sich Degeneration der Nervenfasern der peripheren Theile des Rückenmarks, besonders der Intum. cervicalis, während die centralen Theile überall unbeschädigt waren.

Der Fall ist ein typisches Beispiel der spinalen Form der tuberculösen Meningitis. Die Infection hatte sich wahrscheinlich von den Genital. organen in das Rückenmark verpflanzt.

2 25jähriger Schutzmann, ledig, war bisher vollkommen gesund bis er eines Tages plötzlich unbestimmte Schmerzen in den Muskeln des Truncus und der Extremitäten erhielt. Er musste sich ins Hospital aufnehmen lassen. Die Schmerzen steigerten sich. Es kam Steifheit der Muskeln und Empfindlichkeit gegen Druck. Die Respiration wurde erschwert.

konnte sich zuletzt kanm rühren; auch die äus eren Augenmuskeln, die Muskeln des Larynx und Diaphragma wurden angegriffen. Keine eigentliche Paralyse, kein Schwund der Muskeln. Die Sensibilität war normal. Er wurde leicht cyanotisch und unter zune monder Asphyxie collabirte er und starb am 4 Tage nach der Aufnahne. Bei der Section zeigten die Muskeln sich völlig normal. Im Rückenmark waren die Nervenfasern in den peripheren Theilen des Dorsal- und Cervicalmarks im ganzen Umfange des Marks degenerirt; im Cervicaltheil war auch das Vorderhorn theilweise angegriffen. Der untere Theil des Rückenmarks war im Wesentlichen normal, ebenso die Meninges spinales

Das specielle Interesse dieses Falles findet der Verfasser in den ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen, sowie in der eigenthümlichen Ver-

breitung der anatomischen Störungen.

Koch (Kopenhagen).

257) Schneller (Stranbing): Ein Fall von tranmatischer Spondylitis.
(Münch. med. Wochen-chr. Nr. 2, 44, Jabrg.)

Ein Trauma meist geringfügiger Art, durch directe oder indirecte Gewalt entstanden, ist die Ursache von mehr oder weniger heitigen Schmerzen in der Wirbelsäale, welche wieder verschwinden, um erst nach

längerer Zeit in heftiger Weise vieder aufzutreten.

Dazu kommen Intercostalneuralgien, leichte Motilitätsstörungen der unteren Extremitäten, unsicherer Gang; eine mehr oder weniger ausgehildete Kyphose und vor Allem ein dentlicher Gibbus. Wahrscheinlich handelt es sich hiebei um einen rareficirenden Process der Wirbelkörper (Druckschwund durch Compression und Quetschung, vielleicht auch durch ein intra- oder extradurales Hämatom), Compressionsfractur eines Wirbelkörpers (Störungen von Seiten der Blase und des Mastdarms), Caries (Eiterng), Syphilis (Knochenaustreibning), Arthritis desormans (Knochenaustagerungen und -Veränderungen) lassen sich in den meisten Fällen unschwer ausschliessen

Blachian (Werneck).

c) Periphere Organe.

258) August v. Luzenberger (Neapel): Beitrag zur Actiologie der Bernhard t'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel.
(Neurolog. Centralol. 1896, Nr. 22.)

Die Sensibilitätsstörung, welche L. an sich selbst beobachtet, entstand, nachdem er vor 5 Jahren im linken Oberschenkel durch Stoss eine Contusion erlitten, in der Reconvalescenz von einer Tonsillitis follicularis. Eigenthümliche Perästhesie, welche ungefähr an der Stelle jenes Trauma eine handtellergrosse Stelle einnimmt und durch jede Berührung gesteigert wird. Tast- und Temperaturempfindung für höhere Wälmegrade normal, während die Stelle für Kälte unempfindlich ist. Faradocutan zeigt sich auch in der Umgebung der Stelle noch Unempfindlichkeit. L. nimmt an, dass die Hautmuskelquetschung vor 5 Jahren eine Structurveränlerung des feinen Nervenendgeslechts veranlasste, in welchem dann die Toxine der Infectionskraukheit eine Neuritis hervorrief.

259) Alt and Pineles: Ein Fall von Morbus Menière, belingt durch leukämische Erkrankung des Acusticus.

(Wiener klin. Wochenschr. 1896, 38.)

Ein typischer Fall von apoplectiformer Meniere'scher Krankheit, in welchem als anatomische Basis des Krankheit processes eine leukämische Erkrankung des Acusticus vorgefunden wurde (Patient ging an myelo. lienaler Leckümie zu Grunde; in beiden Acusticuswurzeln fanden sich kleinzellige leukämische Infiltrate), während die Labyriathhöhlen völlig intact waren. Die Verfasser erklären den Befund mit der Annahme, dass die Symptomen. Trias der M.': chen Krankheit auch durch eine Störung in der Mitte des Reflexbogens, d i. im N. acusticus hervorgerufen sein kann.

I. e h m a n n (Werneck).

260) Rosenblüth: Ein Beitrag zur Pathologie der Polyneuritis. (Den sche Zeit cheift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 811 ff.)

Verfasser theilt 2 Fälle von Polyneuritis und einen von Neuritis nach Diphtherie mit. Der erste setzte ein mit Herzschwäche, Stauungen und Anämie. Die gewöhnlichen ursächlichen Momente für Neuritis waren nich? nachzuweisen. Die meiste Aehnlichkeit hat dieses Kankbeitsbild demuach mit Beri-Beri.

Der zweite (Alcoholgeuritis) endete tödtlich und war unter dem Bilde der Landry'schen Paralyse verlaufen. Muskulatur und Rückenmark erwiesen sich als normal. Der Befund an den Nerven war der gewöhnliche.

Der dritte Fall, der unter dem Bilde einer postdiphtherischen Neuritis verlief, zeigte post mortem die peripheren Nerven unversehrt, ebenso die Ganglienzellen der Centralwindungen und der grauen Substanz des Rückenmarks, dagegen wies R. an Marchipräparaten an den vorderen und bi teren Wurzeln deutliche Veränderungen nach, die als schwarze Flecken sich darstellten. Eben diese sah Verfasser auch in der ganzen Randzone im Rückenmark. Hier waren in der ganzen weissen Substanz verstreut solche schwarz gefärbte Fasern Dauber-Würzburg.

261) Olaf Frich: Facialislähmung bei Herpes zoster. (Et Tilfælde af Herpes Zoster cervicalis kompliceret med total Facialisparalyse.) (Norsk Mag. f. Lægevidenska, 57. Jahrg. 1896, S. 1127.)

Der Verfasser hat jedes Frühjahr Gelegenheit mehrere Fälle von Herpes Zoster von gewöhnlichen Auftreten und Verlauf zu sehen. Frühjahr kam ein mehr eigenthümlicher Fall unter seiner Behandlung vor. Ein 7ojähriger Mann beka:n einen typischen Fall von lierges Zoster an der rechten Seite des Halses und des Gesichts (von der Mitte des Kehl. kopfes bis hinter das Ohr) entsprechend den Nerven occipitalis min, auricular magn., subcutan. colli und inf. und supraclaviculares. Die Krankheit wurde von heftigen Schmerzanfällen begleitet und während eines solchen trat plötzlich in einer Nacht, 10-12 Tage nach dem Beginn der Krankheit, eine complete rechtsseitige Facialisparalyse auf. Sowohl die Schmerzen wie die Paralyse schwanden im Laufe von 2 3 Wochen unter Behandlung mittelst constanten Stroms. Koch (Kopenhagen).

262) H. Köster: Om primär Dermatomyositis acuta et chronica. (Nord. med. Arkiv, 28. Pd., 1896, Nr. 18.)

Frau H, 36 Jahre, welche früher gesund gewesen, fing an, am Ende des Jahres 1892 sich matt und kraftlos zu fühlen. März 1893 heftige Schmerzen an den Vorderseiten der Femora. Die Beine wurden geschwollen und bald nachher ähnliche Erscheinungen der Arme Eine kurze Zeit wurde sie besser während des Gebrauchs von Jodkalium und einer Badekur, Ende August kehrten aber die Symptome noch heftiger zurück. Sie litt an Kopfweh und starken Schweissausbrüchen, hatte heftige Schmerzen im Rücken, Nacken und den Armen, Schwierigkeit beim Schlucken, musste das Bett hüten. Das Antlitz und namentlich die Augenlider und die Lippen sind geschwollen, ebenso die Haut des Rückens und der Arme mit excessiver Empfindlichkeit gegen Druck. Im Ganzen ist die Haut bleich, nur an den Augenlidern und am Handrücken ist sie intensiv roth. Die Bewegungen kraftlos und beschränkt. Die Kranke kann nicht aufrecht sitzen, die Arme können nur bis zum Horizontalen gehoben werden und fallen gleich wieder kraftlos herunter. In den Beinen ist die Muske!kraft ungefähr normal. Keine Sensibilitätsstörungen. Die Patellarreflexe sind normal. folgenden Zeit nahmen die Symptome der Muskel- und Hautstörungen rasch Die Beine wurden colossal geschwollen, die Schluckbeschwerden mehrten sich und unter den Zeichen von Bronchopneumonie starb sie am 27. September 1893.

Bei der microscopischen Untersuchung zeigten sich die Nerven ohne Veränderungen. Microorganismen oder Gregarinen konnten nirgends nachgewiesen werden. Dagegen waren die Muskeln überall hochgradig verändert. Der Querstreisen war bald undeutlich, bald gänzlich verschwunden. Die Fibrillen zeigten sich entweder hyalin oder körnig degenerirt. Die Capillaren der Muskelinterstitien waren meist hochgradig dilatirt und mit rothen Blutkörperchen gefüllt. Hier und da fanden sich kleine Anhäufungen von Leukocyten. Die geschilderten Veränderungen waren in den verschiedenen Muskelstücken sehr ungleich vertheilt. Am wenigsten verändert waren das Herz und die Zunge, die bedeutendsten Veränderungen zeigten die Mm. intercostales, pectorales und pharyngis.

Im Anschlusse an diesen Fall giebt der Verfasser eine detaillirte und sehr genaue Uebersicht über die früher in der Litteratur beschriebenen Fälle der genannten Krankheit und theilt schliesslich im Auszuge 23 Krankengeschichten dieser Fälle mit. Koch (Kopenhagen).

263) v. Bechterew: Ueber die Myotonie und ihre Behandlung. (Nevrologitscheski Westnik, IV, H. 1)

Prof. B. berichtet über einen bedeutend gebesserten Fall von Thomsen'scher Krankheit. Der Patient, 46jähriger Arzt, suchte Prof. Bechtere wwegen verschiedener neurasthenischer Beschworden auf, ohne auf die bei ihm seit frühester Kindheit bestehen le Myotonie viel Acht zu geben, da ihm die Erfolglosigkeit jeglicher Therapie als Mediciner bekannt war. Während des Aufenthaltes in der Klinik (ca. 3 Wochen) besserten sich unter Anwendung von Heilgymnastik und Massage die myotonischen Erscheinungen sehr bedeutend, wie man es deutlich an den dem Artikel

beigelegten Curven der graphisch dargestellten Muskelcontractionen sehen kann; und diese Besserung war noch nach ca. 8 Monaten deutlich wabrnehmbar.

In der sehr aussührlich gehaltenen Epikrise kommt Prof. Bechterew zum Schluss, dass bei der Myotonie alle Krankheitserscheinungen darauf zurückzuführen sind, dass jegliche Muskelspannung (ob willkürlich, reflectorisch oder durch mechanischen oder electrischen Reiz bedingte) nur mit äusserster Anstrengung gehoben werden kann.

A. Bary (Petersburg).

264) Bettmann: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit mit Tetauie und einseitigem Fehlen des M. supra- und infraspinatus.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 331 ff.)

Durch Hypertrophie des M. teres minor war für den Infraspinatus. die hinteren Partien des Deltoides und für den Supraspinatus eine so gute Compensation erreicht, dass der Patient nicht einmal wusste, dass auf der befallenen Seite der Arm schwächer war, als auf der gesunden. Weiterhin fand man bei dem Patienten einen Befund, der am meisten der Tetanie entsprach. Dieser Zustand schien von der vorhandenen Dyspepsie abhängig zu sein, da mit dem Zurückgehen der gastrischen Erscheinungen das Trousseau'sche Phänomen verschwand. Jedoch bestanden neben diesen für Tetanie sprechenden Symptomen noch Momente, welche für Myotonia congenita sprachen. Diese letzteren traten hei dem Patienten sogar stärker hervor als die Erscheinungen der Tetanie.

Es stellt also der Fall kein einheitliches Krankheitsbild dar.

Dauber-Würzburg.

C. Psychopathologie.

1. Allgemeine Pathologie; Symptomatologie. 265) William Warren Townsend (Rutland, Ut): Bilateral orchidectomy, suprapubic cystotomy, followed by acute mania and death.

(The Medical Record, 1. August 1896) In dem Falle (67jähriger Farmer) wurden die beiden Operationen innerhalb 8 Tagen gemacht; 3 Tage nach der letzten fing Patient an zu deliriren und in einen maniakalischen Zustand zu verfallen. Den Grund dafür vermag Verfasser nicht anzugeben; jedenfalls fehlte nicht nur jede Spur von Sepsis, von Nierenkrankheiten u. s. w., sondern der Kranke erfreute sich auch sonst einer guten Gesundheit, nameutlich eines gut functionirenden Nervensystems: man konnte also die Schuld auch nicht etwa auf eine besonders schädlich wirkende Nervenerregung durch die beiden schweren, schnell auf einander folgenden Operationen schieben. Vielleicht bestehen zwischen Hoden und Gehirn dieselben Beziehungen wie zwischen Eierstöcken und Gehirn; auch nach den Ovariotomien hat man nicht selten Manien beobachtet. Uebrigens gehören Fälle, wie der berichtete, nicht zu den Seltenheiten. So wurden in dem British Medic. Journ., 18. Mai 1895, 7 Fälle von Hodenexstirpation beschrieben: in einem folgte der Operation Hemiplegie, in einem zweiten geistige Stumpfheit, in drei anderen acute Manie. Voigt (Oeynhausen).

Digitizzoby Google

266) J. F. Brircoe: Die Erblichkeit der Psychosen. (Hereditary in mental disease.)

(Journal of mental science, October 1806.)

In der Jahressitzung der Medico-psychologischen Gesellschaft zu London hielt Brircoe über die Erblichkeit von Psychosen einen Vortrag, der kurz referirt vorliegt. Verfasser berücksichtigte hauptsächlich den Zusammenhang von Syphilis und Körperconstitution und ist auf Grund seiner Untersuchungen geneigt, bei Psychosen eine Heredität von 900 anzunehmen.

Er demonstrirte ferner einen vermuthlich 6jährigen Kinderschädel aus Ostafrika mit alleilei pathologischen Befunden und glaubte aus diesen (z. B. völlig verwachsene Nähte u s. w.) einen Rückschluss auf das Wachsthum des Gehirns machen zu dürfen.

A, Passow (Strassburg i. E.).

267) R. S. Stewart: Die Zonahme der Paralyse in England. (The increase of general paralysis in England and Wales.)
(Journal of mental science, October 1896.)

Mit grossem Fleisse und vieler Mühe stellt Stewart in vorliegender Arbeit Untersuchungen über die Dementia paralytica an. Er kommt an der Hand von Vergleichen der zwischen 1878 bis 1832 erkrankten und behandelten Patienten Englands und Wales zu Schlüssen, die die ailgemein bekannten und anerkannten Ansichten über diese wichtigste Geisteskrankheit nur bestätigen. Er berücksichtigt alle nöthigen und wichtigen Punkte, als Geschlecht und sociale Stellung, Civilstand und Beruf, Verhältniss der Paralytiker und der anderen in Irrenaustalten behandelten Kranken, geographische Vertheilung, sämmtliche anamnestischen Erkundigungen und anderes mehr.

Seine Untersuchungen zeigen das Ueberwiegen der Krankheit beim männlichen Geschlecht und die Zunahme der Krankheit beim besser Situirten. Der Engländer neige als solcher nicht mehr zu der Erkrankung als andere Nationalitäten.

Das Alter für Paralysenerkrankung reiche höchstens bis 44, während die anderen Geisteskrankheiten gegen 55 und mehr eine sehr bedeutende Zunahme zeigen.

Die grösste Ausdehnung habe die Paralyse in Grossstädten, zumal in Seehäfen und Kohlenexportstädten gewonnen und sei hier ein fester Zusammenhang nachweisbar zwischen der Erkrankung und der Trunksucht

Die hauptsächlichsten ätiologischen Momente bezögen sich auf Alcholunmässigkeit, sexuelle Excesse und syphilitische Erkrankungen. Hieriu sei das Minus der weiblichen Kranken vielfach begründet.

Die starke Zunahme der Paralyse zeige eine Aenderung in den Geisteskrankheiten. Sie begänne mit moralischem und physischem Verfall, zunehmender Widerstandsschwäche und sich mindernder Lebenskrift, mit frühzeitigem Altern — Senium præcox. Sie sei unheilbar und das einzige Mittel, sie zu verhüten und sich vor ihr zu schützen, sei Vorsicht.

A. Passow (Strassburg i. E.).

268) Brackmann (Untergöltzsch): Migräne und Psychose. (Allgemeine Zeitschrift, Bd. 53.)

Nach B. haben bereits Liveing, Löwenfeld, Zacher, Mingazzini, Babinsky und v Kraftt-Ebing über dieses Thema geschrieben. Die Arbeit bildet einen casnistischen Beitrag.

Kaufmann, erblich stark belastet, litt in früher Jugend an Diabetes insipidus und hat seit dem 15. Jahre typische rechtsseitige Migräne-Anfälle. Dieselben setzten nach der Schulzeit aus, kamen aber mit dem 20. Jahr wieder. Weder Epilepsie noch Lues. Mit 23 Jahren 11 gjährige Psychose mit Gehörstäuschungen und Verfolgungsiden gegen die Angehörigen. sache: gemüthliche Alteration. In der Reconvalescenz Migräne-Anfälle in verstärktem Maasse, denen Abends eine transitorische Geistesstörung mit Delirien folgt, die sich auf das Verhältniss des Patienten zu seinen Angehörigen beziehen und zugleich Dinge betreffen, mit denen er sich Tags zuvor beschäftigt hatte. Danach Schlaf und Amnesie. Allmähliches Abklingen dieser Anfälle, Entlassung nach 2 Jahren. Einen Monat danach abermals Migräne-Anfälle. Wir erwähnen wörtlich folgende Stelle: "Am 20. Februar machte er eine Tour nach K., um dort Gelder einzukassiren. Er erinnert sich, dass er in K. angekommen war; von diesem Momeut an besteht in seinem Gedächtniss eine Lücke und er hat sich erst im Polizeigewahrsam zu L. (etwa 85 km von K.) wiedergefunden Nach den Acten hat er in K. Geld einkassirt und den Geschäftsleuten, mit denen er dort zu thon gehabt hat, ist nichts Ungewöhnliches an ihm aufgefallen. Wie er von dort nach L gekommen, ist unbekannt geblieben; in L. ist er am 23. Februar von der Polizei mittellos aufgegriffen und dann von seivem Vater alsbald nach Hause geholt worden." Am 7. März Wiederaufnahme. Erionerung vom 23.-7. erst nur summarisch und dann ganz verschwindend! Starke Hallucinationen, allmähliche Besserung, dann im Juni wieder Migrane mit folgendem hallucinatorischem Verfolgungswahn, diesmal aber ohne Amuesie.

Da jedes Anzeichen von Epilepsie fehlt, glaubt Verfasser, dass der Reiz der Migräne-Anfälle in einem disponirten Gebirn die Psychose ausgelöst habe. Wolf f (Münsterlingen).

269) Lührmann (Dresden): Ueber einen Fall von Hirngeschwulst und über einige Beziehungen der Hirngeschwulst zu geistigen Störungen.

(Allgemeine Zeitschrift, Bd. 5%)

Bei einem jungen Mann traten 6 Jahre nach syphilitischer Infection plötzlich 2 Krampf. ntälle innerhalb einiger Wochen auf. Nach dem zweiten Anfall Beginn einer psychischen Störung: Er zeigte sich ängstlich, deprimirt, verworren, dann unruhig bis zur Tobsucht, zwischendurch heiter erregt, kurz im Zustand acuter Verwirrtheit. Auffallend war das motorische Verhalten: Er beschrieb Bewegungen, wie sie dem grossen hysterischen Anfall eigen sind, kollerte umher, drehte sich um seine Achse, stellte sich auf den Kopf. Nach 3 Monaten allmähliche Beruhigung, 4¹|₂ Monate nach Beginn der Erkrankung geheilt entlassen. Körperliche Abnormitäten bestanden während der Krankheitszeit nicht, ausser einem kleinen Knochengumma am rechten Schienbein, welches auf Jodkali abheilte. Bei der Entlassung litt er an Kopfweh in der linken Schläfenseite; dieses steigerte sich, er zeigte

sich vergesslich, stumpf und schläfrig und bekam eine Sprachstörung, sals ob er durch die Zähne spreche". Wiederaufnahme nach einem Monat: Schmerzlich verzogenes Gesicht Puls 56—60, Stauungspapille beiderseits, Empfindlichkeit an der Stelle, wo das Kopfweh sass, Zurückbleiben des rechten Facialis beim Lachen, rechtsseitiges Abweichen der Zunge. Nach und nach Auftreten einer heiteren, läppischen, kindischen Stimmung. Auf Schmierkur und Jodkalium Heilung.

Im Anschluss hieran bespricht Verfasser 2 Syn:ptome, die besonders auffielen: die Moria, deren schon andere Autoren erwähnen, tritt nach Jastrowitz auf bei Tumoren im Stirnlappen, und die der grande Hysterie ähnlichen Anfälle fand Schönthal bei einem Tumor im Stabkranz eines Frontallappens. Verfasser verlegt demgemäss die Geschwulst in die Gegend des linken Schläfen- und Stirnlappens.

Wolff (Münsterlingen).

270) Bechterew: Ueber das künstliche Hervorrufen von Hallneinationen bei Säufern.

(Obosrenje Nr. 2. 1897.)

In neuester Zeit haben Liepmann, Köppen und Näcke Hallucinationen bei Säufern hervorgerufen. Dasselbe Experiment wendet Prof. Bechterew schon seit langen Jahren bei Beobachtungen von Alcoholikern an, wobei er sich entweder des einförmigen Geräusches einer Faradisationsmaschine oder eines electrischen Kammertons (zum Hervorrufen von Gehörshallucinationen) bedient, oder dem Patienten einen blendenden Gegenstand vor die Augen hält (für die Gesichtshallucinationen).

Prof. Bechterew stimmt mit Liepmann überein, dass in der Mehrzahl der Fälle die künstlich hervorgerufenen Hallucinationen keinerlei schreckhafte Eigenschaften besitzen, wie es bei den spontanen der Fall ist.

A. Bary (Petersburg).

271) M. Falk: Ueler den Zusammenhang von Schwachsinn und den physiologischen Erscheinungen der Vergesslichkeit.
(Obosrenje Nr. 2, 1897.)

Wie Henri und Binet (L'année psychologique 1895) gezeigt haben, werden nach einmaligem Anhören von längeren Sätzen viele Worte vollständig vergessen, andere (bei Aufforderung zum Wiederholen des Satzes) durch neue ersetzt. Dabei fällt die Thatsache auf, dass bei allen Personen (die Experimente waren an vielen hundert normalen Menschen gemacht) die Neigung bestand, die neuen Worte so zu gebrauchen, dass der Sinn bedeutend vereinfacht wurde, abstracte und allgemeine Begriffe durch concrete ersetzt wurden und oft besondere Eigenschaftswörter hinzugesetzt wurden (z. B. statt Schlange die schreckliche Schlange u. s. f). Beim Studiren der Krankengeschichten ist es M. Falk aufgefallen dass ganz dieselben Fehler beim gewöhulichen Sprechen von vielen Schwachsinnigen (besonders bei der progressiven Paralyse) gemacht werden. Sodann weist Falk, auf die bekannte Thatsache fussend, dass Schwachsinnige Worte nicht nach ihrem logischen Zusammenhang zu Sätzen vereinen, sondern dieselben rein äusserlich nach dem Klang anreihen, darauf hin, dass Gesunde,

aufgefordert, eine grössere Anzahl von Worten nachzusprechen, dieselben auf ganz dieselbe Weise anreihten (wie Malaga-Madeira u. s. f.). Der Verfasser bringt noch eine Reihe von anderen Beispielen, aus denen hervorgeht, wie nahe die Zustände von normaler Vergesslichkeit zum Schwachsinn stehen, und dass die durch die Psychophysiologie an Normalen gefundenen Daten vollkommen mit den durch die psychiatrische Untersuchung von Krauken gewonnenen übereinstimmen können. Deswegen glaubt auch der Verfasser, dass ein psychophysiologisches Vorgehen die Begriffe über Schwachsinn wie über andere Krankheitsformen bedentend klären dürfte.

A. Bary (Petersburg).

272) Aschaffenburg (Heidelberg): Ueber Initialdelirien bei Typhus. (Allgemeine Zeitschrift, Bd. 52)

Verfasser führt 15 Fälle aus der Litteratur, einen von ihm selbst und einen von Kräpelin beobachteten an. Aehnlich wie Courbet unterscheidet er 2 Formen, unter denen das Initialdelir verläuft.

I. Die delirirende Form: Mit Kopfweh und Gefühl des Krankseins beginnend, kommt es bald zu Angst, Beklemmung und Wahnideen depressiven Characters, oft mit phantastischem Inhalt und traumhafter Verfälschung der Erinnerung. In reinen Fällen herrscht anscheinend völlige Besonnenheit und Klarheit, in der die Kranken large Geschichten erzählen, oft aber besteht schon ein ängstlicher Affect, auch dauert die Ruhe nicht lang, sondern Ideen der Verfolgung, Vergiftung, Electrisirung etc. und hypochondrische Klagen werden laut, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs treten auf, die Kranken sehen Feuer, drohende Gestalten, hören Augehörige draussen rufen u. s. f. Der Zustand kann sich daun rasch bessern oder es kommt zur

II. Form, die auch gleich für sich auftreten kann. Hypomanische Symptome, Herumstreifen, Geldausgeben, Trinken bilden den Anfang; öfter aber kommt es gleich zu deliriöser Verworrenheit mit Hallucinationen, trotz der oft bestehenden Angst mit manischem Character (Rededrang, Ideenflucht, Purzelbaumschlagen). Anfänglich findet man zusammenhängende Ideen, die Krankeu äussern, sie seien von Feinden umgeben, ihr Leib sei leer etc., dazwischeu Singen und Schreien, Angriffe und Selbstmordversuche. Trotz alledem findet man bei genauerer Beobachtung eine erschwerte Auffassung, eine Art Betäubung, die an Volltrunkenheit erinnert, unsicheren Gang, lallende Sprache und blöden Gesichtsausdruck.

Bei 6 Fällen trat das Delir vor dem Fieber auf, in allen begann es in der ersten Woche und wenn bei den anderen Fällen Fieber auch schon vorhanden war, so bestand doch keine zeitliche Abhängigkeit zwischen ihm und der Psychose. Die Beobachtung hat bereits gelehrt, dass der Typhus oft atypisch verläuft und dass in solchen Fällen schwere Gehirnerscheinungen auftreten zu Zeiten, in denen kein oder leichtes Fieber besteht. Hyperthermie kann also ihre Ursache nicht sein, ebenso wenig reichen andere Erklärungen aus. Es bleibt nur übrig, eine toxische Ursache anzunehmen; hierauf führt Verfasser microscopische Veränderungen an den Gauglienzellen zurück, die er in einem Falle fand. Macroscopisch findet man nur Hyperämie oder Oedem, selten Meningitis und dann als Complication.

Im Verlauf von 3 Fällen traten Bewegungsstereotypien und Verbigeration auf, ähnlich wie bei Katatonie, in einem anderen epileptische Anfälle. Das Initialdelir pflegt nach einem Zustand von psychischer Abstumpfung zu Klarheit und Gesendung zu führen, in anderen Fällen wird nach einem luciden Intervall weiter delirirt, doch kann das nicht mehr mit Sicherheit zum Initialdelir gerechnet werden. Die Erinnerung ist oft gut erhalten, zuweilen sehr summarisch oder ganz fehlend. Ob dauernde psychische Störungen daraus resultiren können, ist fraglich. Dem Anschein nach gehören Typhusfälle, in denen ein Initialdelir auftritt, zu den schwersten, mit sehr dubiöser Prognose trotz des vielleicht geringen Fiebers.

Die Differentialdiagnose ist nicht leicht; wenn Fieber constatirt wird, wird man allerdings an eine Intection denken, fehlt es aber, so ist man auf eine genane Abwägung der einzelnen Symptome ang-wiesen.

Wolff (Münsterlingen).

2 3) J. Keay: 44 Fälle von Fieber bei I:ren. (A study of forty-four cases of fever occurring in the insane)

(Journal of mental scienc., April 1896.)

Durch eine Scharlacherkrankung bei einer acuten Mania auf den Einfluss von Scharlach und Typhus auf Geisteskrankheiten aufmerksam gemacht, konnte Keay im Inverness Asylum 44 Fälle in 30 Jahren zusammenstellen. Tabellarisch nach Geschlecht, Alter, Daner und Form der Geisteskrankheit, sowie der fieberhaften Erkrankung, nach Einfluss des Fiebers auf jere, nach Complicationen und Ausgängen geordnet bieten die 6 Scharlach und 38 Typhusfälle interessante Ergebnisse, deren einige erwähnt seien.

Keiner der 6 ersteren, die sämmtlich Frauen zwischen 20-5 Jahren betrafen und, wenn auch unter Complicationen, in Heilung ausgingen, hatte

eine ungunstige Einwirkung auf die geistige Erkrankung.

In 2 Fällen, einer chronischen Minie von 2½ Jahren Dauer und einer secundären Demenz von 3 Jahrzehnten Dauer wurde überhaupt keine Veränderung im psychischen Verhalten constatirt, die auf das Fieber hätte bezogen werden können.

Bei einer an leten chronischen Demenz, die 1 ½ Jahre unter Brobachtung stand, trat eine leichte, doch anhaltende Besterung ein. Die 3 letzten Fälle, eine chronische Manie von 7 Jahren, eine chronische Melancholie von 5 Jahren Dauer und eine aute Manie von 1 zjähriger Dauer wurden entschieden günstig durch das Fieber beeinflusst und geheilt entlassen.

Etenso wenig wie beim Scharlach wurde auch einer der 38 Typhusfälle durch dieses ungünstig beeinflusst. Es starben 15. Von den übrigen 23 blieben 14 unbeeinflusst, 3 besserten sich und 6 konnten geheilt entlassen werden. 3 davon, acute Manie und Melancholien, würden wohl auf je len Fall so verlaufen sein. 2 andere waren chronische Manien von mehrjähriger Daur, bei einem hat seiner Zeit der behandelnde Arzt Dr. Aitken bemerkt: Die maniakalische Erregtheit hätte bislang allein widerstanden.

Am Auffallendsten gunstig wurde der 6. Fall, eine allgemeine Paralyse, beeinflusst, der trotz Complication mit Pneumonie und acuten Delirien in Heilung (?) ausging, wenigstens nach 4monatlichem Urlaub nicht in Behandlung zurückgekommen war.

Sodann vergleicht er sie mit vorhergehenden Erkrankungen von Scharlach und Typhusfällen des Personals der Anstalt, die an Zahl 1/3 weniger sind und sämmtlich gutartig verliefen.

Zum Schlass lässt er sich über die Versuche aus, durch Gaben von Thyreoidtabletten und Drüsen bei Geisteskranken Fieber künstlich hervorzurusen. Doch befindet sich diese Behandlungsweise erst im Beginn und weist noch keine Erfolge auf.

A. Passow (Friedrichsberg).

274) P. C. J. van Brero-Buitenzorg (Java): Einiges über die Geisteskrankheiten der Bevölkerung des malaischen Archipels. Beiträge zur vergleichenden Rassenpsychopathologie.

(Allgemeine Zeitschrift, Bd. 53.)

Verfasser bringt als Einleitung der interessanten Arbeit einige kurze geographische und anthropologische Bemerkungen. Wir erwähnen nur, dass die Inländer Malaien sind, äusserlich sich zum Mohamedanismus bekennen, aber innerlich Heiden sind. Die Ausländer sind meist Chincsen. Die Bevölkerung ist am dichtesten auf dem platten Lande, nicht in den Städten. Genussmittel sind Betelkauen und Tabakrauchen, spirituöse Getrunke werden nicht missbraucht.

Latah, siehe Allgemeine Zeitschrift, Band 51, Referat in die er Zeitschrift.

Amok. Man versteht darunter einen Anfall von Erregtheit mit Neigung zum Morden, besonders der Umgebung. Der "Amokmacher" läuft auf die Strasse, schlägt und sticht um sich und giebt nachher an, er sei mata glap gewesen, dhabe nicht gewusst, was er thue, habe schwarz und roth vor den Augen und Thiere und Teusel gesehen. Ein stuporöser Zustand soll vorausgehen und folgen. Ursachen sind Eisersucht, Geldverluste, Todesfälle, Sorgen etc. Besonders die Bewohner von Celebes und Madura sind als Amokmacher bekannt. Bei Frauen ist die Erscheinung seltener. Ueberhaupt ist sie nicht so häufig wie man glaubt und ist keineswegs stets der Ausdruck einer Psychose. Vielmehr erklärt sie sich aus dem sehr erregbaren, labilen Neivenleben des Volkes. Sie ist mit der Epilepsie ausser Zusammenhaug, kann bei jeder Psychose austreten, besonders bei Epilepsie, periodischer Manie, Imbe illität und Idiotie.

Geisteskranke werden nicht mit abergläubiseher Ehrforcht betrachtet, im Gegentheil eileiden sie vielfach rohe Behandlung. Dem unentwickelten Geistesleben des Volkes eutspricht die Psychose; die Wahnvorstellungen bleiben rudimentär, seic't, monoton, ohne grosse Verzweigung. Die acuten Psychosen sind meist sehr unruhig, oft der Umgebung gefährlich; alte Fälle sind meist ruhig. Die frequenteste Psychose ist Amentia (Meynert), die mit ruhiger Demenz endet. Verfasser folgt in der Eintheilung der

Psychosen dem Lehrbuch von Meynert.

Melancholie ist dem Verfasser hier nicht begegnet.

Amentia am meisten, meist die illusorische Form, danach die stuporöse. Wenig Hallucinationen. In den acuten Fällen steht Logorrhoe und motorische Unruhe schr im Vordergrund.

Einzelne Fälle periodischer Verwirrtheit.

Manie ist leicht mit Amentia zn verwechselu, in deren Endstadium sie öfters auftritt. Periodische Manie hat häufig die Merkmale listiger Bösartigkeit, ihr Ende ist ein chronisch-maniakalischer Zustand mit mehr oder weniger luciden Intervallen.

Paranoia selten; Sander's Form sah Verfasser nicht.

Von Hysterie erwähnt er nur einen Fall; epileptische Anfälle sind nicht so häufig wie bei uns.

Paralyse ist hier, wie überhaupt in den Tropen, selten, obwohl Syphilis häufig genug vorkommt. Verfasser teschreibt ausführlich 4 Fälle von Paralyse, 2 bei Indo-Europäern, 2 bei Einheimischen. Drei davon hatten Lues in der Anamaese. Der 4. Fall, mit Tabes verbunden, hatte unbekannte Ursachen.

Die Aetiologie der Psychosen ist die gleiche wie überall. Die Rubrik "unbekaunt" und Fieber steht obenan, ebenso hereditäre Belastung, die gern verschwiegen wird. Hitze, Syphilis and Alcohol sind am seltensten Ursache. Das Fieber beruht meist auf Malariaintoxication. Das Opiumranchen hat nach Verfasser nicht diejenigen schädlichen Wirkungen, wie man in Europa allgemein glaube.

Von somatischen Krankheiten sei erwähnt, dass Tuberculose und Decubitus selten sind. Die Influenza herrschte dort auch in den Jahren 1892, 18.3 und 1894, meist mit Symptomen von Seiten der Respirationsorgane und mit dem allgemeinen gunstigen Verlauf.

Wolff (Münsterlingen).

275) Anonymus: Geisteskranke in Syrien und Palästina.

(Aus "Die christliche Welt" 1896, Nr. 32.)

In Syrien und Palästina, so wird in diesem Aufsatz berichtet, wird für Geisteskranke so gut wie gar nicht gesorgt. Fast allgemein wird die Gemüthskrankheit als Teufelsbesessenheit betrachtet und der Kranke darnach behandelt. Die Mohamedaner gehen noch am menschlichsten mit ihnen um, da sie die Ungefährlichen frei herumlaufen lassen und nur die Tobsüchtigen, wie in Damaskus, in einer kleinen Anstalt vereinigt in Kettegeschlossen halten.

Sehr gebräuchlich ist es unter den übrigen Religionen der dort so bunt gemischten Bevölkerung, die Kranken in Klöster zu bringen, wo sie von den Mönchen Exorcismen und Misshandlungen unterworfen werden, die häufig den Tod zur Folge haben. Einige Höhlen, die im Besitze von solchen Klöstern sind, stehen in dem Rufe, dass irgend ein Heiliger daselbst den angeketteten Kranken erscheint und sie heile oder "erlöse". Meistens soll das letztere der Fall sein. - Es haben sich daher eine Anzahl von Beirnter Notabeln im April vorigen Jahres zusammengefunden, um auf dem Libanon eine Irrenanstalt zu bauen, für welche durch Sammlungen die Mittel aufgebracht werden sollen. Die Anstalt soll einen Psychiater an der Spitze haben, zwar evangelischen Character tragen, aber Kranke aller Bekenntnisse und Nationalitäten aufnehmen. Gallus.

276) F. Holzinger: Geisteskrankheiten in Abessinien.
(Obosrenje psichiatrii i nevrologii 1897, Nr. 3.)

Der Autor, Mitglied der Abtheilung des russischen Rothen Krenzes in Abessinien, hat Gelegenheit gehabt, Studien über Geistes- und Nervenkrankheiten zu machen in diesem Lande, wo bis zur Ankunft der russischen Aerzte keinerlei medicinische Hülfe überhaupt bekannt war. Von 26,000 Kranken, die von den russischen Aerzten behandelt wurden (es waren sogar 7 Laparotomien gemacht), konnten (ausgenommen einige 20) leichte Fälle, als Cephalalgie bezw. Neuralgie bezeichnet) nur 121 Geisteskrankheiten registrirt werden; davon Idiotismus 5, Hysterie 3, Paranoia 3, Amentia 1, Mania 1, Hallucinationen 1, Epilepsie 27, Læsio cerebri organica 3, Tabes 6, Hemiplegie 9, Myelitiden verschiedener Form 8, toxische spastische Paraplegie (durch Verzehren von Lathyrus sativa hervorgerufen) 15, periphere Neuritis 31, progressive Muskelatrophie 2, Paralysis agitans 1, Myxölema 1, Morbus Menieri 1, Impotentia coëundi 3. Auffallend ist das vollständige Fehlen von progressiver Paralyse, da von Lues 850 o der Bevölkerung befallen ist. In Europa ist ja bekanntlich die Meinung verbreitet, dass gerade milde verlaufende und nicht behandelte Lues zur Paralyse führt; beide Thatsachen trifft man in Abessinien. Auch audere Krankheiten, bei denen man gewöhnlich Lues und Alcoholismus*) als ätiologische Momente hinstellt, wie Tabes, Apoplexien etc. finden sich verhältnissmassig se ten. Neurasthenie fehlt vollständig, was ja bei einem Naturvolk selbstverständlich ist.

Geisteskrauke werden in Abessinien als vom Teutel besessen gehalten, jedoch finden keinerlei Exorcismen statt und die Geistlichkeit mischt sich überhaupt nicht in die Behandlung; in den zahlreichen Klöstern finden die Geisteskranken auch keine Aufnahme. Die Irren werden von Familienangehörigen gepflegt, bei Tobsuchtsaufällen sogar in Ketten gelegt, was aber keineswegs durch Grausamkeit, sondern durch die vollstänlige Abwesenheit anderer Beruhigungsmittel zu erklären ist.

A. Bary (Petersburg).

277) Strümpell: Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenleilkunde Bd. 8, p. 331 ff.)

Retrograde Amnesie, d. h. Verlust des Gedächtnisses für Erlebnisse und bekannte Ereignisse, welche eine mehr oder minder lange Zeit vor dem Eintritt der Krankheit zurückliegen, kann nach den verschiedensten Stölungen eintreten, nach Kopfverletzung, insbesondere Gebirnerschütterung, bei wieder zum Bewusstsein gebrachten Erhängten, nach psychischen Traumen (Schreck u. dergl.), Vergiftungen, acuten infectiösen Krankheiten (Typhus etc.). In reinster Form tritt sie lekanntlich nach Epilepsie auf.

St. theilt nun einen Fall mit, wo im Anschlusse an eine traumatisch hervorgerufene Epilepsie eine sich auf einen ungewöhnlich langen Zeitabschnitt beziehende Amuesie (ein Vierteljahr) zeigte. Die objective

^{*)} Der Gebrauch von berauschendem Meth und aus demselben fabricirtem fchnaps ist sehr verbreitet.

Untersuchung ergab eine kleine Impression im Schädel links von der Sagittalnaht.

Während einige Beobachter organische Momente für das Entstehen der Amnesie in Anspruch nehmen, fassen andere sie als hysterische Erscheinung auf.

St. unterscheidet beide. Bei der Erklärung der organischen retrograden Amnesie kommen 2 Möglichkeiten in Betracht: Die retrograde Amnesie beruht 1. auf einem Verlust der Gedächtnisseindrücke selbst, oder 2. auf der Unmöglichkeit, die vorhandenen Gedächtnisseindrücke wieder in das Bewusstsein zurückzuführen. Verfasser hält das erstere für wahrscheinlicher.

Bei der hysterischen retrograden Amnesie "beruht der scheinbare Gedächtnissverlust ganz sicher nicht auf einem Verlust der Gedächtnisseindrücke, denn diese können in den meisten Fällen zu jeder Zeit durch hypnotische Suggestion wieder ins Bewnsstsein zurückgerufen werden"; sie besteht zweifellos nur in einer Hemmung der Reproduction gewisser Vorstellungen, einer Hemmung, bedingt durch eine andere, im Bewusstsein der bysterischen Patienten krankhaft fixirte Vorstellung, deren Inhalt wahrscheinlich der ist: Ich kann oder ich will oder ich darf mich nicht erinnern. Die hysterische Amnesie beruht auf dem völligen Unterbleiben jeder activen associativen Anregung zur Reproduction gewisser Erinnerungen und in der sofortigen krankhaften Unterdrückung derselben durch seine direct hemmende Vorstellung.

278) W. Erb: Zweiter Nachtrag zu meiner casuistischen Mittheilung über Akinesia algera.

(Deutsche Zei schrift für Nervenheilkunde, Bd. 8, p. 348 ff.)

Verfasser theilt mit, dass in dem Anfangs trostlos aussehenden Falle die Besserung bis fast zur völligen Genesung weiter fortgeschritten ist.

Danber (Würzburg).

279) Alzheimer (Frankfurt a. M.): Ueber rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie.

(Allgemeine Zeitschrift, Bd. 53.)

Beschreibung von 3 Fällen. Die retrograde Amuesie erstreckte sich bei dem einen Fall über einen Zeitraum von 1½ Jahren, bei den anderen über Tage. Sie tritt auf nach einer Reihe von schweren epileptischen Anfällen mit folgender Verwirrtheit und Dämmerzustand. Es gehören 3 Factoren dazu: Unterbrechung des Bewusstseins, eine noch fortbestehende, wenn auch im Uebrigen nicht deutlich hervortretende Bewusstseinsstörung und eine leichtere Auslöschbarkeit der jüngsten Erinnerungen. Die Zeit der retrograden Amnesie erscheint in der zurückgekehrten Erinnerung klar und bestimmt im Gegensatz zu der nur dunklen fragmentären Erinnerung für bereits im Bereich epileptischer Bewusstseinsveränderung liegende Zeit. Beide Erinnerungsarten erscheinen meist verbunden. Beim ersten Falle kehrte die Erinnerung langsam, in den beiden anderen plötzlich zurück.

Zwei andere Epileptiker konnten sich einmal gewisse wichtige Lebensschicksale aus früherer Zeit nicht zurückrufen; später fielen sie ihnen wieder ein. Epileptische Anfälle gingen dieser Amnesie nicht voraus.

Wolff (Münsterlingen).

280) Pick: Ueber pathologische Träumerei und ihre Beziehungen zur Hysterie. (Separatabdruck aus Jahrbücher für Psychiatrie, XIV, 3.)

Pick giebt die Beschreibung zweier Fälle von Hysterie, in denen das "Wachträumen" im Vordergrunde der Symptome steht, welches im Verlanse der Krankheit allmäblich so überhand nimmt, dass schliesslich eine vollständige "zweite Persönlichkeit" aus dem Seelenleben der Patienten herauswächst, welche dann mit dem gewöhnlichen Ichcomplex des Individuums zu alterniren anfängt. In beiden Fällen sind die somatischen Symptome des Leiden; nicht sehr ausgesprochen, resp. stellen sich erst bei wiederholter Beobachtung heraus. Die Intensität der Hysteropsychose steht also, wie häufig der Fall, im umgekehrten Verhältniss zu jener der Jentsch (Turin). Hysteroneurose.

281) W. v. Bechterew: Ueber pathologische Empfindungen und Mitempfindungen bei Geisteskranken.

(Neurolog. Centralbl. 1896, Nr. 13.)

Ebenso wie abnorme Empfindungen oder Sinnestäuschungen zu Wahn. ideen Anlass geben, können auch abnorme Mitempfindungen das Betragen des Patienten beeinflussen und zur Bildung von Wahnideen führen.

In einem Falle von chronischer hallucinatorischer Paranoia mit allerlei Beziehungs- und Verfolgungsideen hatte der Patient eine eigenthümliche unangenehme dem Urindrang zu vergleichende Empfindung im Gliede, durch welches er besonders belästigt wurde, sobald er Jemandem in die Augen blickte. Es bestand übrigens eine aussergewöhnlich lange Dauer der Gesichtseindsticke. Er vermied es in Folge dessen nicht nur, dem Sprechenden in die Augen zu blicken, sondern auch nur einen flüchtigen Blick auf dessen Gesicht zu werfen. In der Klinik begann mit der Besserung des intercurrenten Zustandes diese Empfindung bedeutend seltener aufzutreten und die Dauer der Gesichtseindrücke bedeutend kürzer zu werden. Uebrigens kann der Kranke die Empfindung durch anhaltendes unverwandtes Ansehen der mit ihm sprechenden Personen unterdrücken.

Zu Wahnideen führten die pathologischen Mitempfindungen im Fall einer erblich schwer belasteten Dame, die seit 1888 krankhaft verändert, October 1894 in die Klinik aufgenommen wurde. Sie zeigte ausser Reizbarkeit und Stimmungswechsel Verfolgungsideen, Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und theilweise auch des Geruchs und eigenartige schmerzhafte Mit empfindungen in der Gehörs-, Gesichts- und Gefühlssphäre. So empfindet sie bei gewissen ganz gewöhnlichen Worten schmerzhafte Empfindungen im Ohre, so dass sie schmerzhafte Grimassen machte, mit den Fingern ihre Ohren verstopste und bat, diese Worte nicht zu wiederholen. Ferner hat sie unangenehme Empfindungen, wenn sie z. B. den Tisch, das Fensterbrett berührt. Auch beim Anblick gewisser Personen hat sie manchmal allerlei unaugenehme Sensationen. So gab sie einmal an, sie dabe der Pflegerin in die Angen geblickt, davon sei ihr sogleich übel geworden, sie habe empfunden, dass sie erblinde, sehr schwach werde, an der linken Seite habe sich bei ihr Kälte eingestellt und die Augenlider seien herabgesunken. Dazu kommen noch eine Reihe pathologischer Empfindungen bei den verschiedensten Gelegenheiten. Diese Empfindungen und Mitempfindungen gehören augenscheinlich zu ihrem Wahn und sied zum Theil die Ursache ihrer Wahnidee über den schädlichen Einfluss gewisser Pe sonen ihrer Umgebung.

282) Theodore H. Kellogg (New-York): Muskelstörungen bei Irren. (The disorders of the muscular system in Insanity)

(The Medic. Record, 15. Aug. 1896)

Die Arheit beschäftigt sich vorzugsweise mit den in Folge der verschiedenen Geisteskrankheiten auftretenden motorischen Störungen im wilkurlichen Muskelapparate; die sensibeln Störungen desselben, sowie die Störungen der unwillkurlichen Muskeln werden nur flüchtig gestreift.

Verfasser stellt seine betreffenden Erfahrungen und Ansichten in folgenden Sätzen zusammen: "1. Die den Geisteskrankheiten zu Grunde liegenden organischen Läsionen der corticalen, bulbären oder spinalen Centren, sowie der peripheren Nerven verursachen hänfig Störungen des Muskelsystems. 2. Functionelle Erkraukungen des cerebrospinalen Nervensystems bei Geisteskrankheit sind gleicherweise von functionellen Muskelstörungen begleitet. 3. Das Unzusammenhängende, die Erregung, die allgemein psychische Störung des Geisteskranken spiegelt sich direct ab in den Aeusserungen seines willkürlichen Muskelsystems. 4. Die tiefe Zerrüttung vitaler Functionen und innerer Organe bei Geisteskrankheit ist begleitet von Störungen im System der unwillkürlichen Muskeln."

"Alle diese musculären Störungen bilden einen wesentlichen Theil der somatischen Symptomatologie der Geisteskrankheiten; und da sie für deren Diagnose und Prognose von der grössten Wichtigkeit sind, so verdienen sie ein tieferes klinisches Studium, als ihnen bisher zu Theil wurde."

Voigt (Oeynhausea).

283) A. Schäfer (Roda): Stoffwechseluntersuchungen bei einem eigenartigen Falle von circulärem Irresein.

(Neurolog. Centralbl. 1.96, Nr. 23)

Es handelt sich um einen bereits von C. Westphal beschriebenen Fall von chronischer Paranoia mit circulärem Verlauf.

In der Exaltationsphase grosse Steigerung der 24stündigen Harnmenge (bis zu 6000) mit sehr niedrigem specifischem Gewicht (bis 1001), in der I'epression Sinken (bis zu 300 ccm) mit sehr hohem specifischem Gewicht (bis 1031) Das Körpergewicht bleibt sich bei gleicher Ernährung in beiden Phasen ungefähr gleich, geht nur auf der Höhe der Exaltation um einige Pfund zurück.

Während einer Phase ändert sich die 24stundige Harnmenge nicht wesentlich. Die Eiweissumsetzung ist in beiden Phasen im Ganzen dieselbe und bietet keine Besonderheiten dar, nur die N. Werthe der ausgeschiedenen Alloxurkörper zeigen ein auffallendes Verhalten. Während normal das Verhältniss dieses N. zur Gesammtstickstoffmenge immer gleich bleibt, sind in

der Exaltation die N.-Werthe der Alloxurkörper grösser als in der Depression, obgleich der Gesammtstickstoff keine Steigerung erfährt. In der Exaltation werden also verhältnissmässig mehr Alloxurkörper ausgeschieden und da das N. dieser Körper nach Kossel aus Nucleinkörpern stammt, muss während der Exaltation eine Zerstörung von Körpergewebe Hoppe. stattfinden.

2. Specielle Pathologie.

284) Strassmann: Beiträge zur Lehre vom Querulantenwahn. (Vierteljahrs chrift für gerichtliche Medicin, Jahrgang 1896, Heft 3 und Supplement.)

In der Einleitung weist der Verfasser darauf bin, dass er unter Querulantenwahn in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren ein Symptom versteht, das besonders hänfig bei Schwachsinnigen mässigen Grades

zu finden ist. Daneben unterscheidet er mit Hitzig eine Form der chronischen Verrücktheit, in der das "Queruliren" das Krankheitsbild derart beherrscht, dass man ihm mit Recht den Namen paranoia querulatoria beilegen kann. Hier finden sich je loch stets noch andere für Verrücktheit sprechende Symptome.

Fall I betrifft einen 66jährigen in ewigem Conflict mit Gericht und Polizei lebenden Arbeiter, dessen gestörte Rechtsauffassung in einem seit der Jugend bestehenden Schwachsinn seine Erklärung findet.

Mehr Interesse verdient Fall II, in dem der Verfasser eine eingehende Darstellung der langwierigen Rechtskämpfe eines offenbaren Paranoikus giebt, der "mit der schweizerischen, sächsischen und belgischen Regierung einen Kampf auf Leben und Tod" führte. Hier, wie so oft, ist es bemerkenswerth, wie lange ein derartiger Kranker, dessen zahlreiche Betrügereien, z. B. Grundung eines L.-E.-G.-Vereins ("lerne, erwerbe, geniesse"), das Product seiner pathologischen Beanlagung waren, unerkannt bleiben und fortwährend bestraft werden konnte.

Im III. Fall handelt es sich um einen alten Zuchthäusler, der wegen Raubes und Todtschlages zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurtheilt nach ca. 20jähriger Strafzeit, während der er sich dauernd höchst renitent

erwiesen hatte, als geisteskrank entmundigt wurde.

Strassmann bezeichnet ihn in seinem Gutachten "als einen chronisch Verrückten, der von der Wahnidee erfüllt ist, in seinem Rechte gekränkt zu sein und für dasselbe kämpfen zu müssen glaubt, der in seiner Geistesschwäche die Kritiklosigkeit und die Verkehrtheit seiner Idee nicht einzusehen vermag und auch den bündigsten Beweisen gegenüber mit wahnsinniger Hartnäckigkeit auf seinem Standpunkt beharrt". -

Sehr eingehend ist Fall IV geschildert. Es handelt sich in demselben um eine ca 45jährige Arbeiterin, die seit ihrem 33. Jahre in ewigen Rechts. bandeln lebt. Alle Personen, die mit ihr in Berührung kommen, Aerzte und Juristen, Ortsvorsteher, Vormund, Bürgermeister u. s. w. sind nach ihrer Auffassung "ohne Gewissen und Ehre", wie sie in einer grossen Zahl unklarer Schriftstücke nachzuweisen sucht. Neben ihrer Neigung zum Intriguiren, Verläumden und Processiren tritt ein stark erotischer Zug und eine ausserordentliche Ueberschätzung ihrer Person und ihrer Rechtskämpfe

Digitized by GOOGLE

hervor. Obgleich sie von allen Laien, die mit ihr in Beziehung traten, für offenbar geisteskrank gehalten wurde, fanden sich doch zwei Aerzte, auf deren Gutachten hin die Entmündigung aufgehoben worden war!

Diesem steht Fall VI nahe, während es sich in Fall V um eine von ihrem geisteskranken Manne psychisch insicirte beschränkte Frau handelte, bei der jedoch ein Unvermögen, die Folgen ihrer Handlung zu überlegen, nicht angenommen werden kounte. Die stark belastete hysterische, wegen Beleidigung n. a. angeklagte Frau bot nach Str. zwar zweifellos "geistige Souderbarkeiten", die "jedoch nicht ausreichend erscheinen, um die Augeklagte mit Sicherheit als geisteskrank, speciell als verrückt zu bezeichnen". Sie wurde daraufhin verurtheilt. — Die Auffassung Str.'s in diesem Falle wird wohl kaum allgemein getheilt werden.

Pollitz - Brieg.

235) M. Köppen: Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung.

(Archiv für Psychiatrie, XXVI I, 1895, p. 221.)

Die Arbeit K.'s, eine Recapitulation seines in Hemburg gehaltenen Vortrages, ist insofern erwünscht und ver ienstlich, als sie keine neue Lehre aufstellt, sondern einen kritischen Standpunkt gegenüber der Fülle der in den letzten Jahren gerade über das Thema Querulantenwahnsinn geäusserte Meinungen zu gewinnen trachtet.

Als Kernfragen erkennt K. folgende:

- Ob der Begriff Querulantenwahnsinn beizubehalten sei und in welchem Sinne;
- 2. wie der Nachweis der Krankheit in foro zu führen sei.

Wiewohl nun der Verfasser den durchaus zu billigenden Wunsch hegt, dass der Name Querulanten wahns inn im Gutachteu entweder ganz vermieden, weil er weder klinisch noch practisch zutreffe und von Luien schon zu oft missverstanden sei, oler nach Möglichkeit durch den Namen der Krankheit, welcher er symptomatologisch angehöre, ersetzt würde (z. B. Paranoia nach Krafft. Ebing, degeneratives Irresein nach Schüle o. a.), so giebt er doch zu, dass der Name Querulantenwahnsinn einstweilen für diejenigen Fälle beibehalten werden müsse, "die durch ihr characteristisches Gepräge zu einer besonderen Gruppirung Veranlassung" geben.

Diese characterisirenden Zuze sind folgende:

- 1. Das Quernliren, d h. das instanzenweise fortschreitende Beschwerdeführen ob vermeintlich erlittenen Unrechts;
- 2. die wahnhafte uncorrigirbare Ueberzeugung, das Opfer einer falschen Justiz zu sein. Der Inhalt dieses Wahns ist nicht a priori unmöglich und entsteht weder auf hallucinatorischem, noch phantastischem, sondern auf räsonnirendem, d. h auf dem Wege falscher Schlüsse;
- 3. die Activität. Im Gegensatze zum "Quietismus" gewöhnlicher Paranoiker bewahrt der Querulant lange Zeit seine Entschlussfähigkeit zum Handeln;
- 4. ein ahnormer Affectzustand, der sich bei je lem Widerstanl in Zornausbrüchen und leidenschaftlicher Gereiztheit äussert.

Als Nüancen des durch genannte Züge characterisirten Krankheitstypus werden erwähnt der manische (schwatzsüchtige, geschraubt phrasirende)

und der verbrecherische (zu scandaliren und denunciren geneigte) Querulant. Nur für die so characterisirten Fälle will K. "den altehrwürdigen Namen Querulantenwahnsinn als Sammelbegriff belassen, insonderheit weil sie forensisch eine besonders vorsichtige Behandlung erheischen; also aus practischen Gründen. Theoretisch betont K. nur den symptomatischen Character des Begriffes Querulantenwahnsinn. Seine nosologische Stellung werde durch Aetiologie und klinischen Verlauf bestimmt. Ein Theil der Querulanten falle unter die Degenerirten im Sinne Magnan's (ein anderer unter die Paranoia chronica); sonst aber könnten "alle die Ursachen, welche überhaupt Geisteskrankheiten hervorbringen können, auch gelegentlich den Q erzeugen: Alcohol, Kopftrauma, senium, Apoplexie u. a.

(In letzteren Fällen wäre also überhaupt nicht von Querulantenwahnsinn, sondern von Alcoholismus, seniler Demenz u. s. f. zu reden.)

Betreffs der vielumstrittenen Frage nach der Intelligenz der Querulanten betont auch R., dass hinter der Gewandtheit der Querulanten in Wortwitzen und drastischen Ausdrücken sich oft nur Unfähigkeit zu consequentem Denken und folgerichtigen Beweisen verberge; in manchen Fällen sei geistige Schwäche sogar eclatant (S. 236).

Als wesentlichste Punkte seiner Erörterungen stellt K. nochmals zusammen:

- Der Vorwurf der Laien, man habe Leute allein wegen ihres unbequemen Querulirens für Geisteskranke erklärt, ist unbegründet. Stets haben die Gutachter, welche aus der Litteratur bekannt sind, das Bestehen einer Geisteskrankheit aus anderen Thatsachen abzeleitet.
- 2. Der Name Querulantenwahnsinn ist aus practischen Gründen fernerhin in den Gutachten zu vermeiden.
- 3. Der Querulantenwahnsinn ist kein klinisch einheitlicher Begriff. Er gehört vor Allem der Paranoia, dann auch dem Degenerationsirresein, den traumatischen Psychosen, der Dementia senilis, dem Alcoholismus an. Der Name Querulantenwahnsinn ist aber ein guter Sammelbegriff für Fälle, die durch äussere Umstände ein besonders characteristisches Gepräge bekommen haben. (Vgl. aber Punkt 2!)
- 4. Die Wahnlildung bei den kranken Querulanten ist als räsonnirende zu bezeichnen.
- 5. Der Beweis des Querulantenwahnsinns vor dem Forum ist häufig nur zu führen durch die Feststellung, dass die Deductionen der Kranken der Begründung entbehren und uncorrigirbare Irrthümer demnach Wahnideen geworden sind.
- 6. Das Queruliren ist ein psychopathisches Symptom, vielleicht ist es aber auch unter Umständen Eigenthumlichkeit eines Zeitalters oder eines Volksstammes.
- 7. Der Querulantenwahnsion ist remissionsfähig, unter Umständen vielleicht sogar heilbar.

 E. Trömner.
- 286) Greidenberg-Simferopol (Russland): Zur Lehre über die acuten Formen der Verrücktheit.

(Allg. Zeitschr. Bd. 83)

Wir machen von vorn hinein darauf aufmerksam, dass Verfasser unter acuter Verrücktheit überhaupt acute, lebhafte, hallucinatorische Formen von Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Mai-Juni-Heft 1897.

Irresein versteht. Ob der Ausdruck Verrücktheit berechtigt sei oder nicht, bleibt für die Sache ohne Wichtigkeit. Im ersten Theil der Arbeit bringt Verfasser 7 eigene Beobachtungen über eine von ihm acute recurrirende Verrücktheit" genannte Psychose. Es handelt sich um Anfälle von allgemeiner psychischer und motorischer Erregung, Verwirrtheit, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, incohärenten Delirien etc., ein paar Tage bis einige Wochen dauernd. Hierauf folgt binnen wenig Tagen Beruhigung und man glaubt, dass Genesung eintrete. Allein nach einigen Tagen oder Wochen beginnt derselbe Zustand von ähnlich langer Dauer, und dann folgt ebenso rasch Beruhigung und Genesung oder es kommt abermals zu einem So constatirte G. einmal 5 Aufälle, che Genesung eintrat. Geschlechter sind gleich betheiligt, here litäre Anlage bestand in der Hälfte der Fälle, das Alter war um die zwanzig herum. Verfasser fand in der "Berliner klinischen Wochenschrift" 1881 eine ähnliche Krankheit von Witkowski beschieben unter dem Namen "recurrirende Manie" und er führt die von demselben geschilderten Fälle an; auch lässt er nicht unerwähnt, dass bereits andere Auto en von einem solchen Verlauf mancher acuten Psychosen sprechen.

Im 2. Theil der Arbeit finden sich 3 Fälle von acut zum Tode führenden Psychosen angeführt — "acutes Irresein mit tödtlichem Ausgang". Im Anschluss daran kommt Verfasser auf die Frage des Delirium acutum. Er ist mit der Mehrzahl der Autoren der Meinung, dass diese Form aus der Classification der Geisteskrankheiten auszuschliessen sei; es gehe zum grössten Theile in der acuten hallucinatorischen Verrücktheit auf.

Wolff (Münsterlingen).

287) Julius Donath: Zur Kenntniss des Anankasmus (psychische Zwangszustände).

(Archiv für Psychiatrie, 1896, Heft 1, S. 211 - 224.) Im Anschluss an Thomsen führt Verfasser für al'e idiopathischen Zwangszustände, im Geg nsatz zu den deuteropathischen, wo sie als beiläufiges Symptom einer sonstigen Erkrankung auftreten, den zusammen-Er zählt dazu nicht nur die verfassenden Ausdruck Anankasmes ein. schiedenen Folien, sondern auch Zustände wie den Erinnerungszwang, die maladie des tics, die anfallsweise auftreten le Dipsomanie und die geschlechtlichen Perversitäten, soweit sie nicht auf Schwachsinn beruhen. bringt er die ausführliche Krankengeschichte einer Person bei, die an schweren Zwangszuständen leidet und sucht die bekannte Symptomatologie derselben durch zwei bisher nicht beobachtete Erscheinungen zu erweitern. Bei der erblich schwer belasteten Frau traten nämlich anfallsweise traurige Verstimmungen ein, die sie unabhängig von Zwangsvorstellungen überkommen. Zweitens macht er auf Gesichtshallucinationen aufmerksam, die stets, sobald die Kranke bei Tag oder bei Nacht die Augen schliesst, auftreten und in Fratzen oder Landschaften bestehen. Beide Erscheinungen werden in keiner Weise wahrhaft verarbeitet und der Verfasser sieht darin dis Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Melancholie und dem hallucinatorischen Wahnsinn. Gallus. Dresden.

288) Max Bollag: Ueber einen Fall von wiederholter Selbstverwundung in Folge Zwangshandlung.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Bd. 27, 1897, 1. März.)

Patientin, im Anfang der 40er Jahre, kam 6 mal innerhalb zweier Jahre in dem Cantonspital zu Baselland wegen Erscheinungen zur Aufnahme, die auf einen tuberkulösen Process in den Knochen der Extremitäten hinwiesen. Jedesmal wurde sie operativ behandelt, einige Male wurden auch Knochensplitter entfernt, einmal sogar ein Finger exarticulirt, was die Kranke selbst lebbaft verlangt hatte Ihrem Wunsche, ibr auch ein Bein zu amputiren, konnte nicht Folge gegeben werden, da hierfür keine Indication vorlag. — Bei ihrem vorletzten Aufenthalte im Spital wurde durch Kreuz- und Querfragen eruirt, dass "lie betreffenden Knochensplitter dem Suppentopf und der Fleischsuppe entstammten und eigenhändig von der Patientin ins Fleisch ihres Beines eingetrieben worden waren". Bei ihrer nächsten Aufnahme leugnete die Patientin zwar anfänglich, auch dieses Mal das von ihr angegebene Verfahren angewendet zu haben, gab dies indessen schliesslich zu, als ihr die aus dem Beine hervorgezogenen Knochensplitter gezeigt wurden.

Die darauf hin vorgenommene Untersuchung des psychischen Verhaltens der Kranken und ihres Nervenzustandes stellte fest, dass sie im Allgemeinen furchtsam und wertkarg sich verhielt, sobald man sie aber darauf gebracht hatte, zu erzählen, wie oft und mit wie viel "Beinchen" sie an sich herumpracticirt hatte, nahm ihr Gesichtsausdruck Freude und Verschmitztheit an. Die weitere Untersuchung ergab ferner, dass sogenannte somatische Stigmata fehlten und dass auffälliger Weise die Sensibilität nirgends alterirt war. "Die Patientin erfreut sich am Schmerz und weiss ihn bei den Operationen ohne Narcose bis zu einem gewissen Grade mit Freude und Lachen zu ertragen, um bald darauf in Weinen und Wehklagen auszubrechen. Incisionen, Auskratzungen und Auslöffelungen genügen ihr nicht, sie wünscht Amputation. Vermahnungen und Drohungen bezuglich ihres Gebahrens hemmen sie nicht, zum 4., 5. und 6. Male sich "Beinchen" ins Fleisch einzutreiben und sich Schmerzen zu erzeugen. Selbst in der Spitalbehandlung fährt sie fort, sich Schmerzen zu bereiten: sio ruft mit Jodtinctur eine acute Hautentzundung hervor und als die Vorsicht beim letzten Spitalaufenthalt gebot, ihren Wundverband zu versiegeln, damit der Heilungsprocess nicht hintangehalten werden könne, macht sich Patientin an der grossen Zehe zu schaffen und zerrt nach und nach den ginzen Nagel ab. Einen Beweggrund für ihr sonderbares Gebahren vermag die Kranke nicht anzugeben."

Die Sucht, Aufsehen zu erregen und sich der Umgebung interessant zu machen, wie Jolly für Hysterische annimmt, ist im vorliegenden Falle wohl auszuschliessen. Im Uebrigen bestehen auch keine Anzeichen für Hysterie. "Wir müssen", so nimmt der Verfasser ar, "bei der Patientin einen abnormen Geisteszustand voraussetzen, der sich durch die Freude am eigenen Schmerz, durch diese eigenartige "Perversion der ethischen Gefühle" kund giebt, und wir kommen zu der Ansicht, dass die wiederholten Selbstverwundurgen als Zwangshandlungen zu betrachten sind."

G. Buschan (Stettin).

289) Elzholz: Beitrag zur Kenntniss des Delirium tremens. (Wiener klin. Wochenschr. 1896, 26.)

Verfasser hat an 16 Fällen von Delirium tremens, die ohne Complicationen mit körperlichen Krankheiten verliefen, genaue Blutuntersuchungen angestellt. Er fand auf der Höhe les Deliriums in 8 Fällen Vermehrung der Leukocyten; mit dem Abklingen des Delirs tritt ein Sinken der Leukocyten unter die Norm ein, später erfolgt langsames Ansteigen. Verfasser constatirt nun ferner, dass in den leichtesten Graden mit vereinzelten Sinnestäuschungen der Blutbefund nur wenig alterirt war, bei den mit leren Graden, in deren Verlauf der Kranke für die Gegenwart desorientirt ist, aber "retrograde Orientirung" besitzt, findet eine Verminderung der eosinophilen Zeller, eine Vermehrung der polynucleären zu Ungunsten der mononuclearen ohne eigentliche Lenkocytose statt; bei den schweren Formen, bei denen die retrograde Orientirung getrübt oder gefälscht ist, ist Leukocytose mit starkem Ueberwiegen der Polynucleären und folgender Reduction oder Fehlen der Eosinophilen zu verzeichnen. Hypothetisch nimmt Verfasser eine chemotactische Substanz an, welche im Delirium in den Blut bereitenden Organen thätig ist und Allgemeinwirkungen auf den Organismus aus-Diese Substunz werde sowohl durch Wirkungen des Alcohols auf den Kirper erzeugt, andererseits durch denselben (antitoxisch wirkend) eliminirt; hierdurch erkläre sich, dass Darreichung von Alcohol die Abstinenzerscheinungen beseitige. Lehmann (Werneck).

290) Liepmann (Breslau): Ueber Albuminurie, Albumosurie und andere körperliche Symptome des Delirium tremens.

(Archiv für Prychiatrie, Bd. XXVIII, Heft 2.)

Die von Weinberg zuerst gemuchten, von anderen Autoren theils bestätigten, theils bestrittenen Angaben über transitorische Albuminurie bei Delirium tremens werden vom Verfasser an einer grossen Zahl hierher gehöriger Fälle einer erneuten sorgfältigen Prüfung unterzogen und die Ergebnisse seiner Untersuchungen in der vorliegenden Arbeit mitgetheilt.

Verfasser hat 1 1 Fälle beobachtet, die er in folgende 3 Gruppen theilt: 1. In vollem Delirium beobachtete (72), 2. im abklingenden Delirium beobachtete (20), Abortivfälle (19). Zur Entscheidung der Albuminuriefrage kommt für den Verfasser nur die erste Gruppe in Betracht und hier ausschliesslich diejenigen Fälle, in denen der Zusammenhang zwischen Delirium und Albuminurie durch den transitorischen Character der letzteren klar hervortritt. L. fand nun in über 76% der in vollem Delirium beobachteten Fälle Eiweiss im Harn und in mehr als 55 % derselben transitorische Albuminurie. Diese stieg und fiel mit Delirium und Pals. In den Fällen, wo das Delirium kritisch endete, hörte die Eiweiss-Ausscheidung meist in denselben 24 Stunden mit der Vollkrise auf. Seltener überdauerte sie dieselbe um einige Tage. Bei Halbkrisen schnitt sie entweder mit diesen ab oder überdauert sie noch bis zur völligen Genesung. Einen constanten Unterschied zwischen Delirium mit und ohne Eiweissausscheidung konnte Verfasser nicht auffinden; nur das ist bemerkenswerth, dass die Fälle mit Eiweiss fast immer kritisch oder halbkritisch verliefen.

Verfasser tritt auch der Frage der Albumosurie näher, nachdem dieser Körper, der früher Propepton genannt wurde, nach neueren Untersuchungen indessen als ein Gemenge von Albumosen aufzufassen ist, zuerst von Köppen bei einem Fall von Delirium tremens gefunden worden ist. Die an 102 Fällen ausgeführten Untersuchungen gestatten L. den Schluss, dass die Albumosenausscheidung im Delirium tremens eine unbedentende Rolle spielt und dass Albumosen, wo sie überhaupt im Delirium auftreten, gegen Ende desselben sieh dem Eiweiss zugesellen oder es ablösen.

Zum Schlusse erwähnt Verfasser noch als bemerkenswerthen Befund das sehr häufige Auftreten der von ihm so genannten Nucleoalbuminurie im Delirium.

Nawratzki (Dalldorf).

291) Warren L. Babcock (Ogdenburg, N. Y.): Zur Aetiologie des Delirium acutum. (A contribution to the study of acute delirium, with especial reference to its bacteriology. Report of a case.)

(The Medical Record, 1. August 1896.)

Dass unsere Kenntnisse über das eigentliche Wesen des "acuten Deliriums" noch sehr dürftige sind, erhellt nach Verfasser schon daraus, dass man in den Handbüchern einige 40 Ursachen der Erkrankung angegeben findet. Das vertrage sich schlecht mit der Thatsache, dass diese Erkrankung gewöhnlich einen bestimmten, einförmigen, innerhalb 3 Wochen zum Tode führenden Verlauf habe. Jedenfalls kämen häufig Verwechselungen vor mit toxischen Delirien. Meningitis, Delirium in Folge specifischen infectiosen Fiebers, vor Allem mit hyperacuter Mauie. In pathologischer Hinsicht unterscheidet neuerdings World (American Journal of the medical science, vol CIX, 9, 361): 1. Acute septische oder idiopathische Periencephalitis; 2. acute, ursprünglich in den Ganglienzellen gelegene Affection ohne nachweisbare organische Veränderungen; 3. Perimyelitis, vielleicht in Folge eines besonderen Organismus. Verfasser berichtet ausführlich einen am 46. Tage töltlich endenden und zur Section gekommenen Fall, der dieser dritten Form angehört. Er machte bei dem Kranken am 29. Tage der Erkrankung die Lumbarpunction und fand in der entzogenen Flüssigkeit ausser dem Streptococcus pyogenes einen Micrococcus, welcher dem der croupösen Pneumonie gleich zu sein schien. Die mit jener Spinalflüssigkeit geimpften Kaninchen erkrankten allerdings in weit weniger hohem Grade, als dies bei den mit pneumonischem Sputum geimpften der Fall zu sein pflegt, doch fand sich in ihrem Blute derselbe Bacillus, wie in der benützten Spinalflüssigkeit. Ein besonderes Interesse bietet der beschriebene Fall noch dadurch, dass nach der Lumbarpunction ein zeitweiliger Nachlass der Hirnsymptome und eine Besserung des Allgemeinbefindens eintrat, und ferner, dass das Delirium so ungewöhnlich lange anhielt und der Tod erst am 46. Tage eintrat. Voigt (Oeynhausen).

292) John G. Havelock: Geheilter Fall von periodischer Manie. (A case of Recurrent Manie.)

(Journal of mental science. October 1896.)

Havelock berichtet über einen Maniakus, der in 25 Jahren 20 acute maniakalische Attaquen hatte, zwischendurch völlig normal und dann einem grossen Geschäfte vorzustehen in der Lage war.

Aus der ausführlich beschriebenen Krankengschichte geht hervor, dass die 3 Erkrankungen 1862, 1873 und 1884 stattgehabt hatten. Von 1884 bis 1893 kamen sie öfters vor, im Jahre 1888 sogar dreimal.

1893 fing der Patient Rad zu fahren an, in der Hoffnung, dass vielleicht der häufigere Aufenthalt an der Luft zusammen mit der körperlichen Bewegung die Wiedererkrankungen hintanhalten würden. Und in der That ist Patient nach Schilderung des Verfassers gesünder geworden, hat sich verjüngt, verträgt trotz seiner 54 Jahren grössere Touren von 49 (englischen) Meilen an einem Nachmittage spielend und ohne Beschwerden und ist nicht wieder rückfällig an Mania erkrankt. Havelock ist geneigt, in diesem Falle dem Radfahren des sonst kaum an die Luft gekommenen Patienten einen günstigen Einfluss zuzuschreiben.

A. Passow (Strassburg).

VII. Zur Tagesgeschichte.

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig 20.—25. September 1897.

Im Anschluss an die Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wird in Braunschweig eine Ansstellung von wissenschaftlichen Objecten und Apparaten stattfinden. Von dieser sollen grundsätzlich schon bekannte und zur Zeit nicht besonders wichtige Dinge ausgeschlossen sein, so dass neue und bedeutsame Erscheinungen überall zur Geltung kommen werden. Es wird davon abgesehen werden, allgemeine Einladungen zur Ausstellung ergehen zu lassen. Nur die neu begründete Abtheilung für wissenschaftliche Photographie macht hiervon eine Ausnahme und wird versuchen, ein möglichst vollständiges Bild der Anwendung der Photographie in allen Zweigen der Naturwissenschaft und der Medicin zur Darstellung zu bringen.

Aus den anderen Gruppen für chirurgische Instrumente, Gegenstände für Bacteriologie, Demonstrationsapparate, physicalische und chemische Instrumente u. s. w. nimmt die Geschäftssührung Anmeldung neuer Objecte und Apparate bis spätestens 1. August d. J. entgegen. Da geeignete Räumlichkeiten frei zur Verfügung stehen, so würden den Ausstellern ausser den Kosten für Hin- und Rücktransport andere Ausgaben nicht erwachsen. Die zur Ausstellung kommenden Gegenstände werden auf Kosten der Geschäftsführung gegen Feuersgefahr versichert werden.

Die zahlreichen Arbeits-Ausschüsse für die Versammlung sind bereits in voller Thätigkeit. Durch das Entgegenkommen der Staats- und städtischen Behörden wird es der Geschäftsführung ermöglicht, den Theilnehmern der Versammlung gediegene Festschriften in Aussicht zu stellen. — Der Mittwoch der Festwoche soll ausschliesslich der wissenschaftlichen Photographie gewidmet sein und sämmtliche Abtheilungen zu einer grossen allgemeinen Sitzung vereinigen. — An abendlichen Vergnügungen sind eine Festvorstellung im Hoftheater, Ball, Commers und Festessen in Aussicht genommen. — Ausflüge sind bis jetzt nach Wolfenbüttel, Königslutter und Bad Harzburg geplant.

INTERNATIONALER CONGRESS

für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Electropathologie und Hypnologie.

Erste Sitzung - Brüssel, 14.-19. September 1897.

Ehrenpräsident:

Herr Schollaert, Minister des Innern und des öffentlichen Unterrichts. Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. Verriest (Löwen).

Stellvertretende Vorsitzende:

Herr Prof. Dr. van Gehuchten (Löwen) und Herr Dr. Lentz, Director der Irrenanstalt zu Tournai.

General-Secretar:

Herr Dr. Crocq (Sohn), Professor extr. an der Universität Brüssel, Arzt am Krankenhaus von Molenbesk.

Schriftsührer der Sitzungen:

Nervenheilkunde: Herr Dr. Glorieux und Herr Dr. Mahaim.

Psychiatrie: Herr Dr. Claus und Herr Dr. De Buck.

Electropathologie: Herr Dr. Libotte und Herr Dr. Swolfs.

Hypnologie: Herr Dr. L. De Moor und Herr Dr. Van Velsen.

Auf die Tagesordnung gesetzte Themata:

A) Nervenheilkunde.

I. Die chirurgische Behandlung der Epilepsie. Ihre Indicationen und ihre Folgen. Referent: Prof. Winkler (Amsterdam).

II. Pathogenese und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Ref.:

Prof. Eulenburg (Berlin).

III. Pathogenese und Semiologie der Reflexbewegungen. Ref.: Prof. Mendelssohn (St. Petersburg).

IV. (Thema vorbehalten.) Ref.: Prof. Oppenheim (Berlin).

V. Einfluss des Geburtsactes auf spätere Nerven- und Geisteskrankheiten des Kindes. Ref.: Prof. Auton (Graz).

VI. l'athogenese der Muskelstarre und der Contractur in den organischen Krankheiten des Nervensystems. Ref.: Prof. van Gehuchten (Löwen).

B) Psychiatrie.

I. Der diagnostische Werth der Vorboten, welche lange Zeit vor dem Ausbruch der progressiven Paralyse der Irren auftreten. Ref.: Professor Thomsen (Bonn).

II. Psychosen und Traume. Ref.: Dr. Sante de Sanctis (Rom).

III. Die Veränderung des Krankheitsbildes der progressiven Paralyse der Irren in den letzten Jahren. Ref.: Prof. Mendel (Berlin).

IV. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Psychosen, Geistesschwäche und Neurasthenie. Ref.: Dr. Lentz (Tournai).

C) Electropathologie.

I. Der semiologische Werth des electrischen Verhaltens der Muskeln und Nerven Ref.: Prof. Doumer (Lille).

II. Der Weith der hohon Stromgeschwindigkeit in der Electrotherapie.

Ref.: Prof. Bergonié (Bordeaux).

D) Hypnologie.

I. Die therapentische Bedeutung der Hypnose und der Suggestion. Ref.: Dr. Milne-Bramweli (London).

II. Die Frage der verbrecherischen Suggestionen. Ihre Quellen und ihr jetziger Zustand. Ref.: Prof. Liège ois (Nancy).

Bemerkungen.

Die auf die Tagesordnung gesetzten Themata können der Gegenstand individueller Aufträge sein; die Referate, welche in den Sitzungen von ihren Verfassern vorgetragen werden, können einer Discussion unterworfen werden.

Ausser Referaten können die Mitglieder des Congresses Original-Vorträge über beliebige Gegenstände der Nervenheilkunde, der Psychiatrie, der Electropathologie oder der Hypnologie vorlegen.

Die Dauer der Referate ist unbestimmt; die Mittheilungen sollen die Zeit von 20 Minuten nicht überschreiten; aber der Vorsitzeule kann sie

verlängern.

Die Theilnehmer zahlen bei der Einschreibung einen Beitrag von 16 Mark.

Sie erhalten gratis ein Exemplar der Verhandlungen des Congresses. Die Verfasser der Mittheilungen werden eisucht, Anfangs Juli dem General-Secretär ein Résumé einzusenden; dieses wird godruckt und den anwesenden Mitgliedern eingereicht, um den Fremden das Verständniss zu erleichtern und den Zeitungen zu erlauben, getreue Referate der Sitzungen zu veröffentlichen.

Man wird ersucht, von jetzt ab die Meldung der Einschreibung dem General-Secretär, Avenue Palmerston 27, zu Brüssel einzureichen.

Das Programm der Ausflüge wird nächstens den Theilnehmern geschickt werden.

Rivista quinticinnale di Psicologia, Psichiatria, Neuropatologia. Herausgegeben von Sciamanna und Sergi, redigirt von Sante de Sanctis, sämmtlich in Rom. Es handelt sich um ein referirendes Blatt, welches die psychologischen Gesichtspunkte fördern will. Wenn das gelingt, wäre es gegenüber dem Ueberwuchern der Endbäumchenforschung in den beiden leitenden Fachblättern Italiens — Tamburini's Rivista sperimentale und Tanzi's Centralblatt — mit Freude zu begrüssen. Das Blatt erscheint zum Preise von 12 Franken für's Ausland bei Cappacini in Rom.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

ffir die

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

XX. Jahrgang.

1897 Juli.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Pathologie und Criminalität.

Von Dr. ERNST JENTSCH, z. Z. in Zürich.

Von dem Augenblicke an, als man aufhörte, die Psyche als ein in sich geschlossenes, einbeitliches Ganzes zu betrachten, welches keiner weiteren Analyse an sich fähig sei, und begann, die Seelenphänomene als Complex von Bewegungszuständen aufzufassen und demgemäss ihre Zerlegung mit exacten Waffen zu versuchen, mit einem Worte, seit die Psychologie Naturwissenschaft geworden ist, beateht das Ideal der Erforschung der Lebenseischeinungen nicht mehr in der abstracten Speculation einer irrlichterirenden Metaphysik, sondere in der gewissenhaften Einzelbeobachtung und womöglich dem klassischen Kriterium des Experiments. Auf diesem Wege ist man einmal dazu gelangt, die grosse Bedeutung anscheinender Nebensächlichkeiten, auf welche bis dahin Niemand geachtet hatte, zu erkennen, zweitens aber die innige Fusion von "psychisch" und "somatisch" festzustellen, zwei Begriffe, welche vordem irrthümlicher Weise immer in Gegensatz zu einander gebracht zu werden pflegten.

Die beste Illustration dieses letzteren Sachverhalts bietet das Kapitel von der Trophik. Nach allem, was wir aus der normalen und pathologischen Anatomie und Physiologie über das Wachsthum des werdenden und die Ernährung und Formerhaltung des ausgebildeten Organs wissen, müssen wir annehmen, dass diese Functionen an das Freiwerden von Bewegungsströmen gebunden sind, welche im Wesentlichen dasjenige darstellen, was wir sonst als "Innervation" bszeichnen, Wir haben nun keinen Grund, anzunehmen, dass etwa in den verschiedenen Nervengebieten das dynamische Grundelement an sich verschieden sei. So lässt sich der unmittelbare Zusammen-

hang zwischen Form und Leben, zwischen somatisch und psychisch direct veranschaulichen.

Eine ins Einzelne gehende Darlegung der Abhängigkeit der Gestaltung äusserer Formtheile von in der Causalskala weiter zurückliegenden speciell organodynamischen Ursachen (deren Aushellung dann im Hintergrunde der ganzen Frage austaucht) lässt sich nun vorläufig nicht geben. Wir müssen uns vorderhand damit begnügen, festzusteller, dass dieser Zusammenhang existirt.

Des Weiteren muss, wie gewöhnlich, der Weg der naturwissenschaftlichen Induction beschritten werden. Hierzu brauchen wir wiederum zwei Reihen Beobachtungen: 1. die Beschreibung der äusseren Formmerkmale, 2. die gleichzeitige individualpsycho- und physiologische Untersuchung. In dieser Weise schliessen wir uns wieder eng an das eingangs erwähnte Programm an mit dem Unterschiede, dass wir es nicht unerhehlich erweitert haben, d. h. um den ganzen morphologischen Theil.

Eine grosse Menge höchst werthvollen Studienmaterials für die gesammte Frage haben die Arbeiten der Lombroso'schen Schule geliefert. Dank der Tiefe und unermüdlichen Thätigkeit des Meisters besitzen wir in kaum einem anderen Gebiet der Anthropologie und speciellen Psychologie so detaillirte Kenntnisse über eine bestimmte Menschenspecies als über die Delinquenten. Die stetig fortgeführten Beobachtungen und Untersuchungen aller jener criminellen Individuen, welche ein grösseres Interesse bieten, bilden eine unerschöpfliche Fundgrube für Criminalistik, Anthropologie, Psychologie, Psychiatrie, Neurologie und Socialwissenschaft.

Die Untersuchungsmethoden zerfallen in den Hauptsachen in Inspection, Messungen, nöthigenfalls Organ- und Secretuntersuchung, Prüfungen der Motilität, Sensibilität und Functionen der Sinnesorgane, Untersuchungen der Intelligenz, der Vorstellungs-, Empfindungs- und Willenssphäre, Ermittelung der Lebensgewohnheiten und Neigungen. Den anamnestischen Daten, besonders der Heredität, der physischen und psychischen Entwicklung, den Antecedentien des Individuums und namentlich der Geschichte des Delicts

selbst wird eingehende Beachtung geschenkt

Der Procentsatz der Neuro- und Psychopathen ist unter den criminellen ein beträchtlicher. Bei vielen concurriren solche Störungen, ohne dass sie sich subjectiv besonders bemerklich machen. Sie werden dann bei der Untersuchung mitconstatirt und stehen sehr oft in keiner eigentlichen Beziehung zum Rest. Anders verhält es sich dort, wo zwischen Psychopathie und Criminalität ein innerer Zusammenhang angenommen werden muss. Dies gilt namentlich für die mit moralischem Irresein behaftete Categorie und den dieser verwandten Typus des criminale nato. Begreiflicher Weise ist es im einzelnen Falle manchmal schwer, eine stricte, einwandsfreie Einreihung in eine der aufgestellten Klassen vorzunehmen; darüber kann sich aber nur Derjenige wundern, der nicht weiss dass die Natur alle ihre Producte durch Uebergänge verbindet und wir Typen in erster Linie deswegen schaffen müssen, um Ordnung in der Erscheinungswelt und in unserem Vorstellungsbereiche herzustellen.

Von vorstehenden Gesichtspunkten aus möge man die im Folgenden zusammengestellten und in Kürze geschilderten Fälle betrachten, welche im

letzten Winter im Turiner Gerichtsgefängniss zur Beobachtung kamen und bei welchen Pathologisches und Delinquenz, sei es in diesem oder in jenem Sinne, sich gleichzeitig vorfinden.

Die Benützung des gerichtlichen Gutachtens zu Fall III danke ich der Güte des Herrn Professor Lombroso.

Wer sich heute von den Grundlagen aus, welche uns Naturwissenschaft und Medicin geliefert haben, näher mit dem Studium des Verbrechers befasst, wird bald zur Einsicht kommen, dass das Gefängniss ein ganz ausserordentlich verschiedenes psychisches Material beherbergt und dass es verfehlt ist, dabei differente Dinge gleich anschauen und gleich behandeln zu wollen.

I. E. B., Handarbeitslehrerin, geboren am 12. Juli 1869, Vater damals 54, Mutter 42 Jahre Ersterer starb mit 74 Jahren an Schwindsnoht, letztere lebt und ist noch sehr rüstig. Drei Brüder sind als Kinder gestorben (einer an einem Sacraltumor), ein älterer Bruder und eine ältere Schwester leben in guten Verhältnissen und sind nach Angabe der Delinquentin gesund und sehr geistesrege.

Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen, die Mutter leidet indes zeitweise an länger andauernden convulsiven Zuckungen der Gesichtsmuskeln, während welcher vielleicht auch das Bewusstsein alterirt ist.

Delinquentin ist als Kind 8 Monate augenkrank gewesen, überstand mit 7 Jahren Masern und litt mit 18 an Husten und Blutspucken. Zur selben Zeit fing sie an zu menstruiren. Sie litt die ersten Jahre an Dysmennorrhoe.

Ihre ersten Erinnerungen beginnen mit etwa 4 Jahren, sie will als Kind immer sehr furchtsam gewesen sein und hatte besonders Angst vor Leichen und im Dunkeln. Sie besuchte 3 Jahre die Elementarschule und trat dann in ein Pensionat, in welchem sie bis zum 20. Jahre blieb. Sie will immer von sehr gleichgültiger Gemüthsverfassung gewesen sein; bei Disharmonien mit anderen sei es selten zu einer Zornreaction gekommen, eher habe sie zum plötzlichen Abbrechen geneigt. Als junges Mädchen hat sie sich einmal längere Zeit viel mit Todesgedanken befasst, wie es scheint, unter dem Eindrucke starker Familienzerwürfnisse, doch hat sie bis zu 20 Jahren gern getanzt. Für den Schulunterricht hatte sie niemals Interesse, von den Handarbeitsstunden abgesehen, welche ihr Vergnügen machten. Nach dem Verlassen der Schule wurde sie, dieser Neigung folgend, Sticklehrerin. Kurze Zeit darauf verlobte sie sich, indes starb ihr Verlobter schon nach kurzer Zeit. Dieser Schlag traf sie dergestalt, dass sie eine Woche lang nichts ass und lange Zeit nicht ausgehen wollte.

Vor 2 Jahren fielen ihr bei einem Landaufenthalte einige grosse Ziegel von der Decke eines Stalles auf den Kopf, so dass sie das Bewusstsein für eine halbe Stunde verlor. Seit dieser Zeit leidet sie an Kopfweh, besonders beim Witterungswechsel. Kurze Zeit nach diesem Unfalle zog sie sich durch einen Sturz eine Contusion des Kreuzbeins zu. Im Anschluss an dieses zweite Trauma stellten sich Anschwellungen an Körpertheilen ein, welche mit der Verletzung gar nichts zu thun hatten, z. B. an den Armen und am Abdomen

Vor 3 Jahren lernte sie im Beichtstuhl einen Geistlichen kennen, welcher des weiteren mit ihr ein Verhältniss anknüpfte. Vor 2 Jahren gebar sie ein Mädchen, wobei es in der Nachgeburtsperiode zu starken Blutungen kam. Sie konnte das Kind, welchem sie sehr zugethan zu sein scheint, nicht selbst stillen. Es ist bis auf ein starkes allgemeines Eczem immer gesund gewesen.

Vor einigen Monaten machte der Priester den Versuch, seine Beziehungen zu ihr zu lösen. Diesem Bruche setzte sie indes starken Widerstand entgegen. Als sie sah, dass dieser vergebens war, suchte sie den Geistlichen am 13. October morgens in der Kirche auf, wo er Beichte hörte, und goss ihm eine Flasche Vitriol ins Gesicht. Der Priester erblindete.

Ueber die Einzelheiten der That und der vorangegangenen Tage besteht keinerlei klare Erinnerung. Sie will die funeste Wirkung des Vitriols auf die Augen nicht gekannt haben, sondern lediglich die Absicht gehabt haben, den Untreuen "etwas zu entstellen". Sie räumt alles unumwunden ein, bereut, was sie gethan hat, und hat mit dem Unglücklichen das grösste Mitgefühl, sie meint, noch einmal in derselben Lage würde sie lieber in den Po springen.

Gewicht der Delinquentin 55 kg, Grösse 160,5, Kopflänge 177 mm, breite 155, Kopfindex 87,5, Kopfumfang 535, Längscurve des Kopfes 318, Quercurve 300, Diameter bizygomaticus 128, frontalis maximus 114, minimus 105, biorbitalis 110, bigoniacus 98. Schädelcapacität ca. 1485 cbcm. Aesthesiometrische Entfernung (Zeigefinger): links 2 mm, rechts 1,2 mm, Zunge 1 mm. Allgemeine electrische Sensibilität 90, Schmerzempfindung 85 mm Rollenabstand.

Die Signora B. ist mager, etwas anämisch, von schwach entwickelter Muskulatur, weisser Haut, dichtem schwarzem Haar, brauner Iris. Die Pupillen sind weit und reagiren träge auf Lichteinfall, zeitweise sind sie ungleich. Das Gesichtsfeld ist erheblich vergrössert, Sehschärfe rechts = 1, links = ca ⁸|4. Die Austrittspunkte der Quintusäste sind theilweise druckschmerzhaft, besonders am linken frontalis. Die Sehnen und Periostreflexe sind verstärkt, es besteht allgemeine Hyperästhesie und Hyperalgesie, häufiger Globus hystericus. Dieser Befund, sowie die unamnestischen Angaben, die Folgeerscheinungen der oben erwähnten traumatischen Momente, die früher und gegenwärtig bestehenden Anorexien legen die Diagnose der Hysterie nahe.

Bei der Intelligenzprufung trifft man auf die Trümmer eines ziemlich guten Schulunterrichts, der jedoch augenscheinlich nur mit Widerwillen aufgenommen wurde und recht geringfügige Spuren hinterlassen hat: Barcelona ist die Hauptstadt Spaniens, der (in Turin wohlbekannte) Mont Blanc ist 250 Meter hoch, Napoleon I. hat im 17. Jahrhundert gelebt, Rom ist 1854 eingenommen worden, Tasso hat Romane geschrieben. Von 10 ihrem Gesichtskreise entnommenen, vorgelesenen Worten wiederholt sie 5, von 10 durchgelesenen 6.

In religiöser Beziehung giebt die Delinquentin an, glänbig zu sein. Nach ihrer Ansicht kümmert sich Gott sehr viel um die Menschen und verzeiht viel mehr als er straft. Sie ist von ihrer persönlichen Fortdauer post mortem in religiösem Sinne überzeugt. Vom Beligionsunterrichte ist

inhaltlich der weitaus grösste Theil vergessen, das mechanisch Gelernte (Dekalog, Kirchengebote etc.) wird indess noch mit grosser Geläufigkeit reproducirt. Sie giebt an, gern zu beten, jedoch mehr im Herzen als äusserlich. Gebeichtet hat sie 1—2 mal im Jahre. Von der verübten That ist sie bis jetzt nicht absolvirt, sie macht sich zwar keine Sorge darüber, würde aber im Falle einer Erkrankung sofort einen Geistlichen holen lassen.

In der Untersuchungshaft klagt sie sehr über das Alleinsein, über Kälte und Uebelkeiten. Letztere verschwanden später. Gelegentlich tauchte auch die Befürchtung auf, geisteskrank zu sein oder es zu werden. Zuletzt intercurrirte eine Periode, in welcher sie plötzlich alles leugnete, kurz darauf giebt sie indessen auf einmal alles wieder zu.

Es handelt sich hier um ein sogenanntes "Leidenschafts"-Delict bei

einer Hysterica.

II. G. F., Maurer und Pianofortelackirer, geboren 9. September 1879. Vater damals 42, Mutter 34 Jahre, Ersterer ist stets gesund gewesen, Letztere musste sich letzthin einer Bauchoperation unterziehen, zwei kleine Brüder sind gesund, ein Onkel ist an Malleus gestorben.

F. selbst erkrankte als Kind an Keuchhusten, von 7-10 Jahren hatte er 1-2 mal wöchentlich epileptische Anfälle und litt stark an enuresis nocturna, beides verschwand später, die epileptischen Convulsionen recidivirten indessen mit seinem Eintritte in die Untersuchungshaft; während der ca. 6 Wochen langen Dauer derselben hatte er 5 Anfälle.

Grösse 1,63, Klafterung der Arme 1,58. F. ist schlank und von mittlerer Körperkraft. Seine Schädelbildung ist submicrocephal, die niedrige, stark fliehende Stirn verleiht ihm ein sehr characteristisches Aussehen. In den Schädelmaassen spricht sich jedoch diese Anomalie, wie häufig der Fall, nicht sehr deutlich aus

Kopflänge 190, -Breite 153, Index 80,5, Längscurve 345, Quercurve 325, ungefähre Schädelcapacität 1559.

F. hat kleine Augen, graue Iris, dichtes, dunkelblondes Haar, lange nach rechts deviirende Nase, keine Spur von Bart, Pubes nach feminilem Typus, einige Naevi, am medialen Sternalrand einen thalergrossen Fleck mykotischer Provenienz, Greiffuss, horizontale plica palmaris, stark gewölbten Gaumen. Die Zähne sind bis auf zwei gesund, ein Weisheitszahn ist vorhanden, rechts unten existirt im Ganzen nur ein Molaris.

An der Volarseite des rechten Unterarms befindet sich eine unvollendete

Tätowirung, die Jahreszahl 1879 von einem Kranze umgeben.

An der linken Hand besteht eine interessante Bildungsanomalie Mittel-, Ring- und Kleinfinger sind total verkümmert, vom Zeigefinger ist nur die erste Phalange erhalten. An den Enden der Stümpfe gewahrt man als Rudimente der Nagelanlage eine quere lineare Pigmentirung. Die Gebrauchsfähigkeit der verkümmerten Glieder ist gering. Der dynamometrische Druck des linken Daumens und des Zeigefingerstumpfes beträgt 15 Kilogramm. Die Sensibilität der linken Hand ist nicht beeinträchtigt.

Die ästhesiometrische Untersuchung ergiebt links 2, rechts 1, auf der Zunge 1 mm, allgemeine electrische Sensibilität rechts 60, links 53, elec-

trische Schmerzempfindung rechts 45, links 85.

F. ist wegen Raubes angeschuldigt. Eines Nachts hatte er zusammen mit zwei anderen Arbeitern, nachdem alle stark getrunken hatten, einen Kameraden zu Boden geworfen und ihm das Portemonnaie mit Gewalt aus der Tasche gezigen.

Als Knabe ist er oft von der Schule fortgelaufen. Er ist sehr ununterrichtet. Die Schrift ist gross, schwerfällig und unorthographisch, Rechnen geht bis auf einfache Exempel schlecht, doch ist die Intelligenz nicht gestört: er liest ganz gut und weiss auch den Inhalt des Gelesenen richtig wiederzugeben; seine Hauptbeschäftigung im Gefängnisse, in welchem er sich ganz wohl zu befinden scheint, ist Lecture. Geographio: Rom liegt in der Toscana. — Grosse Unkenntniss über Naturvorgänge. Er hat keine Vorstellung davon, wie der Blitz zu Stande kommt, giebt jedoch eine verständige Erklärung darüber, wie Regen entsteht. Er behält von 10 gelesenen oder gehörten einfachen Worten mit Leichtigkeit 7. Er liebt sehr den Trunk in heiterer Gesellschaft, Tahak und Spiel; erster Coitus mit 15 Jahren; sehr begeistert ist er von den Thaten des im vergangenen Herbst gefallenen Räuberhauptmanns Tiburzi.

Sein Benehmen vor dem Richter ist dreist and kindisch. Er leugnet hartnäckig alles ab, was ihm zur Last gelegt wird. Er wird wegen seiner Minderjährigkeit nur zu 6 Monaten Gefängniss verurtheilt.

III. C. P., 24 Jahre alt. Statur 1,63 m, Kopflänge 192, -breite 140,

-umfang 54), Schädelcapacität 1512 ccm Diam. bizygomaticus 32.

Die Patientin hat cretinoide Gesichtszüge, stark entwickelte Unterkiefer und Jochbeine, weit vorspringende arcus superciliares, kurze Stumpfnase, stark behaarte Oberlippen, Falten auf der Stirn, Stenokrotaphie des Schädels. Die Weisheitszähne sind sämmtlich entwickelt. Die Physiognomie ist abstossend und enthält nichts Weibliches.

Die Untersuchung ist wegen der grossen Unruhe, Ungeberdigkeit und des Mangels an genügender Aufmerksamkeit und Aufrichtigkeit auf's Aeusserste erschwert. Die ästhesiometrische Untersuchung ergiebt kein zuverlässiges Resultat. Die Localisation ist ungestört. Die electrische Schmerzempfindung ist sehr herabgesetzt (13 mm R.-A.). Die Application des Magneten soll Schmerzen und erhöhtes Wärmegefühl hervorbringen.

Die Patellarreflexe sind nicht hervorzurufen. Das Gesichtsfeld ist

concentrisch und stark eingeengt. Es besteht leichte Amblyopie

Die Patientin hat eine Narbe am linken Beine, welche von einer Ver-

wundung durch einen Galan herrührt.

Die Anklage lautet auf eine grosse Anzahl (ca. 18) Diebstähle und Betrügereien, welche sämmtlich im Verlaufe weniger Tage in Turin verübt wurden. Die Patientin stahl Geld, Kleidungsstücke, Toilettengegenstände, Pelzwerk u. s. w. Sie ist seit Mai 1893 in Turin und Voghera 4 mal wegen Betrugs und Diebereien bestraft worden.

Nach ihrer letzten Verhaftung beträgt sie sich zuerst wie ein gewöhnlicher Delinquent, d. h. leugnet alles und will Niemanden von den Geschädigten, welche sie recognosciren, kennen ausser einer Person, welche sie bedroht hatte, weswegen sie ebenfalls belangt ist. Nach diesem anfänglich ruhigen Verhalten bricht plötzlich ein exaltatives Benehmen aus: Zoraausbrüche und grosses Geschrei; sie schimpft Polizeipräsidenten, Unter-

Digitized by GOOGLE

suchungsrichter und Aerzte Lumpenpack und Mordgesindel, misshandelt die dienstthuenden Nonnea, schreit fortwährend, man wolle sie umbringen, droht alles zu zerschlagen und demolirt in der That einige Gegenstände, als man ihren Wünschen nicht rasch genug nachkommt. Besonders ruft sie nach Eiswasser, welches sie in grosser Menge trinkt und sich auf den Kopf applicirt. In eine Dunkelzelle gebracht, scheint sie sich wohler zu befinden, fährt aber unausgesetzt fort zu schreien und erklärt, sie müsse es. Später wird sie wieder ruhiger. Eine ihr beigegebene Zellengenossin sagt aus, dass sie Nachts immer munter sei und Phantasmen sehe. Sie selbst berichtet einer Nonne, dass sie seit vielen Jahren zeitweise an starken Kopfschmerzen leide, welche sie nöthigen, laut zu schreien oder weit zu laufen und herumzuvagiren und dass dies an ihrem ganzen schlechten Lebenswandel schuld sei.

Meistens benimmt sie sich aber gegen Krankenpflegerinnen und Aufsichtspersonal höchst reizbar und jähzornig, widerspruchsvoll und confus, grob und unaufmerksam. Den Aerzten gegenüber legt sie sich zuweilen auf Zureden und auf die Versicherung, es haudle sich um ihren eigenen Vortheil, ihre Incohärenz. Sie erzählt ihre Lebensgeschichte, verschweigt indessen ihre Verurtheilungen, schützt überall ihre Kopfschmerzen und andere Leiden vor, versucht uns einzureden, sie wäre erst 16 Jahre. Vor 5 Jahren will sie einen Typhus überstanden haben, seit dieser Zeit sei sie sonderbar geworden. Eines Tages habe sie zu Hause alle Hühner erwürgt und sei dann davongelaufen.

Später habe sie an Krämpfen gelitten, tagelanger Unbesinnlichkeit, Schlaflosigkeit, heftigem Bewegungsdrange, einmal sei sie in einer Tour von Voghera nach Alessandria gelaufen und wieder zurück (72 Kilometer). Es werde ihr manchmal gelb vor den Augen und dann müsse sie davonlaufen.

Sie will nie gestohlen und betrogen haben, manchmal habe sie allerdings ihre schönen Kleider gegen andere hässliche vertauscht, die sie so in den Häusern fand. Ihre criminellen Acte hält sie jedenfalls für etwas ganz nebensächliches und unwesentliches. Dreimal war sie in verschiedenen Provinzhospitälern, zweimal davon entfloh sie. Ein Vetter soll Suicid verübt haben, ein anderer geisteskrank sein.

Das Symptomenbild des Falles stellt offenbar ein Gemisch von angeborener Abnormität, secundärer Erkrankung und reichlicher Simulation dar. In Betreff der ersteren kommen zunächst die Eingangs mitgetheilten Bildungsanomalien in Betracht (der niedrige Kopfindex ist in Piemont, wo fast die gesammte Bevölkerung stark brachycephal ist, doppelt bemerkenswerth). Ebenso müssen als rein pathologisch bezeichnet werden: Die Gesichtsfeldeinengung, die Laufimpulse und Convulsionen. Zu dieser Klasse von Syndromen gehören auch die incriminirten Handlungen, welche sich schon durch ihre anfallartige Häufung als etwas morboses verrathen. Von den Schreikrämpfen, der Incohärenz, den Zerstörungsacten, der Schlaflosigkeit, dem Mangel an Concentration der Aufmerksamkeit ist, wie es scheint, ein Theil auf Rechnung gleichzeitiger Simulation oder Aggravation zu setzen. Sicher simulirt sind die in der ästhesiometrischen Untersuchung angegetenen Anästhesien, manches in ihrem wüthenden Benehmen, die Amnesie für Personen und Reate.

Das Gutachten lautet auf moralisches Irresein auf erblicher Anlage. Die Patientin ist vorläufig einer Irrenanstalt zu überweisen.

IV. S. F., Oberst, Piemontese, geboren 1836. Vater soll sehr nervös gewesen sein. Ein älterer Bruder ist gesund. Er selbst hat 1880

einen schweren Typhus durchgemacht.

Diam. long. cap. 185 mm, transv. 16J, Circumferenz 555, Curva longit. 328, transv. 304, Ind. ceph. 91,4, Schädelcapacität ca. 1542, Aesthesiometrie: links 3,2, rechts 4,0 mm. Electrische Sensibilität links 66, rechts 68, electrische Schmerzempfindung links 45, rechts 44 mm R-A.. Dynamometrie links 38, rechts 42 kg.

Patellarreflex schwach, besonders links.

F. ist ein mittelgrosser, trotz seines Alters sehr rüstiger und muskelkräftiger Mann. Die Arcus superciliares sind mächtig entwickelt, zahlreiche tiefe Furchen durchziehen die Stirn. Dentliche Atheromatose ist vorhandeu. Es besteht grosse Empfindlichkeit gegen Witterungseinflüsse und -umschlag.

F. ist Turner, Radfahrer, Schütze, Schwimmer, Alpinist, Pferdeliebbaber und Reiter. Er hat die Feldzüge 1-49 und 1865 mitgemacht, später lange in Brigantendistricten (Abruzzen) den Sicherheitsdienst zu leiten und zu organisiren gehabt und ist Inhaber vieler italienischer und fremder Decorationen. Einmal ist er wegen eines Duells verurtheilt, aber begnadigt worden.

Er ist in Alcoholicis und Narcoticis stets sehr mässig gewesen

Seit 1881 bekleidete er höhere Militärverwaltungsstellen. Im selben Jahre verlobte er sich in M. mit der 11 Jahre jüngeren Tochter eines Militärfechtlehrers. Da er sowie seine Brant vermögenslos waren, sandte er zur Erschwingung des vorschriftsmässigen Fonds von C., wohin er inzwischen versetzt worden war, 6 Jahre lang monatlich je 250 bis 300 Lire von seiner Gage an seinen künftigen Schwiegervater. Diese Ersparnisse und die schliessliche Aufnahme eines Darlehens ermöglichten 1887 die Eheschliessung.

18.9 siedelte er dienstlich nach R., dann nach V. über. Nach zurückgelegter 40jähriger Dienstzeit trat er 1833 in den Ruhestand und wählte

sein Domicil in T.

Aus Anlass sogleich näher zu erörternder Misshelligkeiten verliess Frau F. Anfang Januar ihren Gatten und beide Eheleute reichten gleichzeitig das Scheidungsgesuch ein. Als F. am 19. Januar bei der civilgerichtlichen Vorladung mit seiner Frau zusammentraf, zog er plötzlich einen Revolver hervor und feuerte 3 Kugeln auf sie ab, von denen eine ins Gehirn eindrang und ihren alsbaldigen Tod zur Folge hatte.

F. hat die Beweggrunde zu seiner That selbst schriftlich niedergelegt.

Nach dieser Darstellung ist der Sachverhalt folgender gewesen.

Schon vor seiner Verheirathung sei besonders Seitens seiner Verwandten die Ehre seiner künftigen Frau in Zweifel gezogen und ihm deshalb von vielen Seiten von dieser Eheschliessung abgerathen worden. Damals habe er diesen Rathschlägen keinen Glauben beigemessen, sondern mit ihren Urhebern den Verkehr abgebrochen. Aber schon 14 Tage nach seiner Hochzeit habe er in C. bemerkt, dass seine Frau ihm nicht treu sei. Später in P. habe sie ihn mit einem jungen Lieutenant betrogen, was er

daraus habe schliessen müssen, dass dieser ihm gegenüber immer sehr befangen gewesen sei und er und seine Familie späterhin, im Gegensatz zu früher, nichts mehr von sich haben hören lassen.

Seit seinem Ausscheiden aus dem Dienste sei der Lebenswandel seiner Frau immer tadelhafter geworden. Den 20. Mai 1894 habe sie sich mit ihrer Toilette besonders Mühe gegeben und mit dem Dienstmädchen verabredet, auf dem Markte zusammenzutreffen. Das Mädchen sei jedoch allein zurückgekehrt und er habe nicht ermitteln können, wo seine Frau die fraglichen zwei Stunden zugebracht habe. Er habe sie damals aus dem Hause gejagt und sie sei zu ihrer Schwester ge eist. Er selbst habe Verdacht auf einen Apotheker gehabt, welcher sich bei einer Abendgesellschaft lange mit ihr unterhalten habe und sie auch einmal habe grüssen lassen, bei welcher Gelegenheit seine Frau blass geworden sei und geäussert habe, sie kenne den Herrn gar nicht.

Später sei seine Frau wieder zu ihm gezogen. Er habe dann einen Neffen ins Haus genommen, welcher Privatstunden von einem Verwandten bekam. Nun sei er dahinter gekommen, dass sein Neffe manchmal von Hause weggeschickt wurde, so dass seine Frau mit dem Lehrer allein blieb.

Kurz darauf sei ihm plötzlich von dem Schwager seiner Frau der Vorschlag gemacht worden, wegen Mangels gegenseitiger Uebereinstimmung die Scheidung nachzusuchen. Auch seine Frau habe dies gewünscht und er habe sich deswegen damit einverstanden erklärt und eingewilligt, dass sie bis zur Erledigung der Angelegenheit in einer Pension Aufenthalt nehme. Während dieser Zeit habe sie sich sehr frei bewegt. Er selbst habe durch alles dies sehr gelitten, sei furchtbar nervös geworden und psychisch und moralisch ganz heruntergekommen. Seine Beschwerden wurden damals vom Arzte mit Bromkali behandelt.

Nach einiger Zeit habe er sich mit seiner Frau wieder ausgesöhnt und sie wieder in sein Haus aufgenommen. Doch schon nach kurzer Zeit habe sie wieder mit einem Lieutenant angefangen, den sie während ihres Aufenthaltes in der Pension kennen gelernt habe. Die Dienstfrau habe dabei die Zwischenträgerin gespielt. Dass sie es mit seiner Frau hielt, habe er daraus entnommen, dass beide einmal den rechtzeitigen Empfang eines Briefes in Abrede stellten, während er vom Briefträger die Versicherung erhielt, letzterer sei zur vorschriftsmässigen Zeit abgeliefert worden. Mit der Famílie des Lieutenants habe er allen Verkehr abgebrochen. Seine Frau habe dazu geschwiegen. Dies sei ihm ein Beweis ihrer Schuld, denn sonst hätte sie doch Aufklärung von ihm gewünscht.

Im letzten Jahre habe seine Frau mehrfach Besuch von früheren Bekannten erhalten, von welchen er ebenfalls Verdacht hatte, dass sie zu ihr in verbotenen Beziehungen gestanden hätten. Er habe ihnen deshalb die Thür gewiesen.

Am 4. Januar 1897 sei seine Frau von Hause gefichen. Beide hätten dann gleichzeitig die Scheidung nachgesucht. Als er sie am Scheidungstermin wiedergesehen habe, sei ihn ein furchtbarer Zorn angekommen und er habe auf sie geschossen.

Die Vertheidigungsschrift euthält zahlreiche Aphorismen über Ehebruch und Frauenehre: . . . Das Weib eines Ehrenmannes soll eher sterben,

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Juli-Heft 1897.

als einen ehrlichen Namen durch den Koth schleifen . . . Wegen der Milde des Strafgesetzbuches bestraft der Ehemann seine Frau oft mit dem Tode, daher sprechen die Richter die Ehemanner frei, welche tödten . . . Für einen Gatten, welcher zum Schutze seiner Ehre sein Weib tödtet, giebt es kein Wort der Missbilligung; er ist kein Mörder im eigentlichen, sondern im traurigen Sinne; sein Verbrechen ist nothwendig, denn das Gesetz bestraft nicht, wie es sein sollte, das grössere Verbrechen der Ehebrecherin. . . Scheidung? . . ., aber das von Haus und Hof gejagte Weib führt den Namen des Gatten weiter, setzt ihren schlechten Lebenswandel fort und hört nicht auf, jenen Namen zu besudeln" etc. etc.

Die genauen gerichtlichen Nachforschungen haben nun ergeben, dass die mitgetheilten Einzelheiten der Darstellung den Thatsachen zwar volkommen entsprechen, dass aber eine Untreue der Ehefran des F. absolut niemals vorgelegen hat und die Ehrbarkeit der letzteren nicht in Zweifel gezogen werden kann. Dagegen ist zur Evidenz nachgewiesen worden, dass Frau F. besonders die letzten Jahre eine geradezu qualvolle Existenz geführt haben muss, dass F. sie fast unausgesetzt mit grundloser Eifersucht verfolgte, sie oft unter Schloss und Riegel hielt und wiederholt mit dem Tode bedrohte.

Der psychologische Vorgang hat unleugbar grosse Aehnlichkeit mit einer Wahnidee: das unausgesetzte Finden von Symbolen in an sich harmlosen Dingen und Geschehnissen, das unaufhörliche Umdenten derselben in Homologie mit einer bestimmten grundlosen, durch nichts zu corrigirenden Beeinträchtigungsvorstellung rechtfertigen die Diagnose auf Paranoia.

Doch ist auch eine rein suggestive Genese des Delicts nicht auszuschliessen. Die Fundamente des morbosen Vorstellungsbaus können recht wohl durch die erwähnten Verleumdungen gelegt worden sein. Dass dennoch die Eheschliessung erfolgt ist, bietet psychologisch nichts räthselhaftes. Ferner ist das stärkere Hervortreten der Eifersuchtsregungen seit dem Abschiede aus dem Dienste zu berücksichtigen. Es ist eine alltägliche Beobachtung, dass bei Disponirten, welche sich von angestrengter oder verantwortungsvoller Thätigkeit ins Privatleben zurückziehen, manchmal allerhand Ideengänge zu wuchern anfangen, welche irgend einem früheren Ereigniss ihre Entstehung verdanken, aber bis dahin neben den grossen Hauptinteressen des Individuums sozusagen nicht recht zu Worte gekommen sind. Durch das Zurücktreten von der Berufsthätigkeit wird eine grosse Revolution im gesammten Vorstellungsbereiche hervorgerufen, es tritt eine Umwerthung vieler Vorstellungen ein und andere Bilder stellen sich jetzt in das Centrum des psychischen Gesichtsfeldes ein.

Auch ist Frau F. nicht von einer gewissen Schuld freizusprecheu. Sie hat offenbar vieles Unrecht unter Stillschweigen über sich ergeben lassen, freilich in der erfahrungsmässigen Ueberzeugung, dass Gegenvorstellungen absolut nutzlos seien.

Von Zeichen einer Neurose konnte bei F. nichts aufgefunden werden. Leichte Erregbarkeit (vielleicht auch nervöse Heredität) ist indessen vorhanden.

Alcoholismus ist mit voller Sicherheit auszuschliessen.

Abnorme suggestive Vorgänge sind eine Hauptquelle grundloser Eifersuchtsdelicte. Nur verlaufen sie nicht immer so tragisch, wie im vorliegenden Falle: der leichte Appell an die Waffe und die Geringschätzung des menschlichen Lebens sind Dinge, die dem Soldaten eigen sind. Sonst gehören ähnliche Vorkommnisse bekanntlich nicht zu den Seltenheiten. Die sachverständigen empirischen Psychologen, die grossen Dramatiker schöpfen daraus mit Vorlicbe ihre tragischen Conflicte. Shakespeare hat beide Species auf die Bühne gebracht: sein Leontes ist der Prototyp des Auto-, Othello der des Allosuggestionärs.

Das gerichtliche Gutachten erklärt F. für unzurechnungsfähig.

II. Bibliographie.

XXXVII) Hallervorden: Abhandlungen zur Gesundheitslehre der Seele und Nerven. 1. Arbeit und Wille. Personenkunde oder klinische Psychologie zur Grundlegung der Psychohygiene (Würzburg 1897.)

Das vorliegende 2. Heft der Abhandlungen Hallervorden's setzt sich aus verschiedenen nur zum Theil untereinander zusammenhängenden Abschnitten zusammen. Nach einer Einleitung, in welcher der Autor die nicht ganz einwandfreie Ansicht vertritt, dass die sich ergänzenden Culturwirkungen von Kant und Go the und beider Werken die Grundpfeiler aller Bildung unserer Zeit darstellen - was mögen Franzosen und Engländer von einer derartigen Behauptung halten? -, folgt ein Abschnitt, "Kritik des Gefühls" betitelt, in welchem ausgeführt wird, dass zwischen Wahrheit der Erkenntniss und zwischen Sittengesetz nicht, wie Kant annahm, das Gesetz des Schönen, sondern der ewige Bestandtheil des Gefühlslebens, den der Autor als "intelligible Liebe" bezeichnet, einzusugen ist. Bei der Aunahme dieser sieht der Autor von den sexuellen, humapitären und religiösen Beimengungen des Gefühls vollständig ab; die Liebe wird nur nach dem Maasse gegenseitiger Neigung zweier irgendwelcher sittlich strebender Persönlichkeiten beurtheilt und als intelligible Liebe benaunt, "gleichviel ob sexus mitspielt, mitspielen kann oder ausgeschlossen ist, sofern mit dem Sittengesetz zugleich der Liebe Ewigkeit, d. h. Abstraction von Zeit und Raum als allgemeingultig und nothwendig mit einbegriffen ist, und dieses zwar unabhängig vom Sittengesetz "

Der nächste Abschnitt behandelt "Grenzen und Bedeutung des Gefühls". Die intelligible Liebe ist nur als Gefühl frei, absolut frei; im Gebiete des Handelns unterliegt das Gefühl jedoch der Jurisdiction der Moral. An und für sich ist die intelligible Liebe kein Beweggrund, keine Triebfeder. Selbst die feinsten und zartesten Motive, dem Ursprung nach Gefühlsproducte, unterliegen dem Sittengesetz. Dieses sorgt für die sittliche Reirigun; alles dessen, was ihm vom Gefühl als Triebfeder zugeht. Die Liebe andererseits arbeitet dem Sittengesetz zu Hilfe durch Verfeinerung und Erweiterung der Motive. Für die Psychohygiene stellt der Antor folgende Gefühlsgeschlitze auf

regulative auf:

- 1. Alle Empfindungen intelligibler Liebe fördern und erhalten seelische und körperliche Gesundheit unter normalen Verhältnissen.
- 2. Intelligible Liebe setzt Gesundheit der Seele, des Nervensystems und des ganzen Menschen entsprechend voraus.
- 3. Alle psychohygienischen Vorschriften, welche intelligible Liebe verhindern, sind falsch.
- 4. Alle Verhältnisse, welche die gesundheitsfördernde Wirkung der intelligiblen Liebe erschweren oder ins Gegentheil umkehren, sind abnorm und abänderungsbedürftig

Die wichtigste und gewaltigste Wirkung intelligibler Liebe besteht nach H. in ihrer erlösenden Kraft gegenüber dem Sittengesetz; sie ist ein hygienisches wie metaphysisches Correlat dieses Gesetzes und seine nothwendige Ergänzung. Die erlösende Kraft der intelligiblen Liebe liegt darin, dass sie Gefühls- und Thätigkeitsstürme beschwichtigt und beruhigt.

Von den folgenden Abschuitten seien hier nur die Titel angeführt, zumal sich dieselben bei der Verschiedenartigkeit ihres Inhaltes zu einem Referate sehr wenig eignen: Systematische Uebersicht, methodische Sicherheitsmassregeln, Character und Wirkungsreize, Thesen (Fortsetzung der in Heft I enthaltenen von Nr. 31-62), Methodisches für jetzt und fernerhin. Besonders beachtenswerth sind die Ausführungen des Autors in dem Abschnitte "Character und Wirkungsreize", wenn man dieselben auch nicht in allen Theilen (so speciell die Deutung des Falles Brüsewitz) als ganz zutreffend bezeichnen kann.

XXXVIII) E. Kräpelin: Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte. Fünfte vollständig umgearbeitete Auflage.

(Leipzig. Ambr. Barth. 1896.)

Wie alle ihre Vorgängerinnen bringt auch die neue Auflage eine erhebliche Umgestaltung hinsichtlich der speciell pathologischen Darstellung der einzelnen Psychosen und zwar weicht die diesmal gegebene Formenlehre nicht nur von der vorigen Auflage, sondern in einigen Punkten auch von verbreiteten Auschauungen wesentlich ab. Vor 3 Jahren theilte K. die Psychosen folgendermassen ein:

- I. Die Delirien; a) Fieberdel., b) Intoxicationsdel.
- II. Die acuten Erschöpfungszustände: a) Collapsdelirium, b) acute Verwirrtheit (amentia), c) dementia acuta.
- III. Die Manie.
- IV. Die Melancholie: a) Mel. simplex, b) Angstmelancholie, c) Mel. attonita.
 - V. Der Wahnsinn (A. der hallucinatorische Wahnsinn a) einfache, b) ängstlich-stuporöse, c) progressive, d) labile Formen —, B. der depressive Wahnsinn).
- VI. Die periodischen Geistesstörungen: a) deliriöse, b) manische, c) circulare, d) depressive Formen.
- VII. Die Verrücktheit (Paranoia): a) depressive, b) expansive Formen.
- VIII. Die psychischen Entartungsprocesse: a) Dementia præcox, b) Katatonie, c) Dementia paranoides.

IX. Die allgemeinen Neurosen: a) das neurasthenische Irresein (erworbene Neurasthenie, angeborene Neurasthenie, traumatische Neurose), b) das hysterische Irresein, c) das epileptische Irresein.

X. Die chronischen Intoxicationen (Alcoholismus, Morphinismus, Cocainismus).

- XI. Die Dementia paralytica.
- XII. Die erworbenen Schwächezustände: a) Dementia senilis, b) Schwachsinn bei organischen Herderkrankungen.
- XIII. Die psychischen Entwicklungsanomalien: a) Idiotie, b) Cretinismus, c) angeborener Schwachsinn, d) conträre Sexualempfindung.

Die jetzt gebotene Eintheilung ist einfacher, auf weniger Gruppen reducirt, die zum Theil noch wieder zu grösseren Verbänden zusammengefasst sind:

A. Erworbene Geistesstörungen.

- I. Die Erschöpfungszustände: a) Collapsdelirium, b) acute Verwirrtheit (amentia), c) Dementia acuta, d) die chronische nervöse Erschöpfung.
- II. Die Vergiftungen (1. acute: a) Fieberdelir, b) Vergiftungsdelir; 2. chronische: a) Alcoholismus, b) Morphinismus, c) Cocainismus).
- III. Die Stoffwechselerkrankungen. a) Das myxödematöse Irresein, b) der Cretinismus, c) die Verblödungsprocesse (1. Dementia præcox, 2. Katatonie, 3. Dementia paranoides), d) die Dementia paralytica.
- IV. Das Irresein bei Hirnerkrankungen.
- V. Das Irresein des Rückbildungsalters: a) die Melancholie, b) der Altersblödsinn.
 - B. Geistesstörungen aus krankhafter Veranlagung.
- I. Constitutionelle Geistesstörungen: a) Das periodische Irresein (1. manische, 2. circuläre, 3. depressive Formen).
- II. Die allgemeinen Neurosen: a) Das epileptische Irresein, b) das hysterische Irresein, c) die Schreckneurose.
- III. Die psychopathischen Zustände (Entartungsirresein): a) die constitutionelle Verstimmung (angeborene Neurasthenie), b) das Zwangsirresein, c) das impulsive Irresein, d) die conträre Sexualempfindung.
- IV. Die Entwicklungshemmungen: a) Imbecillität, b) Idiotie.

Der Vergleich ergiebt, dass Kr. erstens für gewisse Formen eine Umgruppirung vorgenommen hat, — der Cretinismus ist nicht mehr unter den Eutwicklungshemmungen, sondern unter den Stoffwechselerkrankungen abgehandelt, die Dementia paralytica und die Verblödungsprocesse sind gleichfalls unter letztere Gruppe subsummirt, das neurasthenische Irresein ist aus der Reihe der allgemeinen Neurosen gestrichen und als chronische erworbene Form zu den Erschöpfungszuständen, als constitutionelle Verstimmung (angeborene Neurasthenie) zu den psychopathischen Zuständen zugerechnet und die Verrücktheit (Paranoia) ist mit dem periodischen Irresein zu der Klasse der constitutionellen Geistesstörungen verbunden worden. Die markanteste Aenderung der neuen Classification besteht aber in dem Wegfall der Position "Wahnsinn" und ferner der "Manie" und der "Melancholie" als selbstständiger Formen und im Zusammenhange damit in der Erweiterung des Begriffs der "periodischen Psychosen". Ferner ist bemerkenswerth die schärfere Heraushebung der "Verblödungsprocesse" und endlich

hat die Lehre von der Katatonie in bestimmter Hinsicht eine nicht unerhebliche Aenderung erfahren.

Es ist nun bei so umfasserdem Stoff an dieser Stelle natürlich nicht möglich, alles Einzelne auch nur summarisch durchzusprechen, aber einiges Wesentliche soll hervorgeboben werden. Von den oben aufgezählten classificatorischen Umformungen verdient als besonders gelungen die Darstellung der "constitutionellen Verstimmung" als eines (degenerativen) psychopathischen Zustandes" genannt zu werden. Die erste entsprechende Skizze rühlt, wenn wir nicht irren, von Krafft-Ebing her, aber in der vorliegenden Ausgestaltung hat sie an Feinheit in der psychologischen Analyse und Zusammenfassung der Einzelzuge erheblich gewonnen, und es ist sicher berechtigt, dieses Krankheitsbild als eine Erscheinungsform des degenerativen Irreseins hinzustellen, während die fruhere Angliederung an die erworbene Neurasthenie trotz einiger unleugbarer innerer Beziehungen immerhin etwas Gekunsteltes hatte. Scharf umreissen und abgreuzen lassen sich gerade auf dem Gebiete der hereditären Psychopethieen die klinischen Bilder am wenigsten und es hat darum einen hohen, insbesondere anch practischen Werth, wenn es, wie in diesem Falle, gelingt, einen etwas häufiger zu beobachtenden Typus naturwahr abzu-Ergänzend möchten wir noch hinzufügen, dass, wohl meistens, eine gewisse Periodicität in Bezug auf die Intensität der krankhaften Verstimmung sich constatiren lässt und, was besonders wichtig ist, dass dieselbe, namentlich wo sie mit Hypochondrie, Schrolleuhaftigkeit oder Impulsivität sich gepaart zeigt, nur zu oft den Boden abgieht, auf welchem auch schwerere psychotische Zufälle erwachsen.

Weniger überzeugend ist die Berechtigung der Einreihung der sogen. Verblödungsprocesse und der Demen'ia paralytica unter die Stoffwechsel-Wenn Kr. meint, dass "das ganze klinische Bild" der erkrankungen. Dementia paralytica "mit grosser Bestimintheit" darauf hinweise, "dass es sich hier um eine schwere allgemeine Ernährungsstörung handelt, bei welcher die Hirnerkrankung zwar die wichtigste und auffallendste, aber doch nur eine Theilerscheinung darstellt", so wird man ihm trotz seiner eingehenden Darlegungen (p. 537 ff.) nicht ohne Weiteres folgen können. Dass der fortschreitende Schwund des Nervengewebes, durch welchen der paralytische Krankheitsprocess gauz wesentlich gekennzeichnet ist, auf toxischen Vorgängen beruht, ist gewiss sehr wahrscheinlich. Der systemartige Character der Erkrankung, ihr selectives Ergreifen distincter Territorien weist darauf zur Genuge bin und die bistologischen Details der Zellenveränderungen, welche Kr., gestützt auf Nissl, mitzutheilen in der Lage ist, geben dieser Anschauung eine festere Stütze. Nun ist es ja zweifellos, dass das supponirte Gift irgendwoher stammen bezw. irgendwo im Körper aufgespeichert sein oder vielleicht auch sich in demselben immer wieder neu erzeugen muss. Wenn Kr. nur dieser unabweisbaren Annahme mit seiner Hypothese hätte zum Ausdruck verhelfen wollen, so wäre gewiss nichts gegen seinen Gesichtspunkt einzuwenden gewesen. Er geht aber viel weiter und meint, dass ausser den Gefässveränderungen "die häufigen Erkrankungen des Herzens und der Nieren", sowie die mannigfachen "trophischen" Störungen, beispielsweise die erhöhte Brüchigkeit der Kuochen in dem Krank-

heitsvorgange direct begründet seien, dass das paralytische Gift ausser dem Centralnervensystem noch "eine Reihe von Organen, Gefässe, Horz, Nieren, Knochengewebe", je nach Umständen, in unmittelbare Mitleidenschaft ziehe. Es kann nicht zugegeben werden, dass in einer auch nur einigermassen überwiegenden Zahl von Fällen von Paralyse das Herz, die Nieren, das Knochengewebe oder andere innere Organe oder Organsysteme sich erkrankt zeigen und noch weniger, dass deren Affectionen in irgend einer Hinsicht einen so bestimmt gearteten Character trugen, dass es sich rechtfertigen könnte, dieselben als coordinirte Störungen der specifischen Erkrankung des Centralnervensystems an die Seite zu stellen. Die grossen Körpergewichtsschwankungen im Verlaufe der Paralyse, welche Kr. weiterhin ins Feld führt, erscheinen auch nicht beweisend für seine Auffassung. Wenn Kr. sagt (p. 539): "Nimmermehr kann uns der Untergang des Nervengewebes bei der Paralyse erklären, dass die Kranken zu gewissen Zeiten von einem Heisshunger befallen werden, dessen rücksichtslose Befriedigung zu einer ungeheuerlichen Fettansammlung im Körper führt, während gegen das Eude des Leidens wieder binnen kurzer Zeit die denkbar höchsten Grade der Abmagerung erreicht werden", so ist zunächst entgegenzuhalten, dass keineswegs immer diejenigen Kranken, welche pathologischen Heisshunger zeigen, oder blos diese, die anffallenden Gewichtszunahmen aufweisen, und wenn er fortfährt: "Bei keiner anderen Hirnerkrankung begegnet uns Aehnliches", so ist dieser Ausspruch im Munde eines Psychiaters kaum zu begreifen, dem doch die tägliche Erfahrung die Abhängigkeit des Körpergewichts von dem Stande der Psychose hinlänglich vor Augen führt. Es mag zur Widerlegung gentigen, Kr. an seine eigene Aousserung zu erinnern, die er (p. 643) bezüglich der eireulären Psychosen thut: "Die sehr beträchtlichen Schwankungen des Körpergewichts könnten auch hier an allgemeinere Umwälzungen im Bereiche der Stoffwechselvorgänge denken lassen, doch reichen unsere Kenntnisse durchaus nicht zur Aufstellung branchbarer Gesichtspunkte aus". Fine solche Resignation durfte unseres Erachtens einstweilen auch noch in Bezug auf die Paralyse geboten sein, womit nicht verkannt werden soll, dass die Gesammtauffassung der Krankheit, wie Kr. sie entwickelt, einige nützliche Anregungen für die weitere wissenschaftliche Fragestellung bietet. Als geradezu verfehlt muss es aber in Kr.'s Argumentation bezeichnet werden, dass er glaubt die sogenannten paralytischen Anfälle mit den urämischen, eclamptischen etc. Anfällen klipisch auf die gleiche Stufe stellen Gemeinsam sind beiden Categorien doch nur die Insulterscheinungen, nicht aber die klinischen (und anatomischen) Localsymptome, welche in der Art ihres Auftreters und Verschwindens eine wirkliche Abgrenzung der "Anfälle" gegen den einfach progressiven paralytischen Process vielen Fällen ganz und gar undurchführbar erscheinen lassen. Das ist überhaupt, um dies gleich hier zu erwähnen, der wunde Punkt in Kräpel in's Darstellung von der Paralyse, dass die Beziehung der Herderscheinungen zu den Allgemeinerscheinungen, sowie diejenige der acuten Defectsymptome zu den chronisch-progressiv sich entwickelnden nicht kenntlich wird. Diese wichtige Gelegenheit, das psychiatrische Denken medicinisch zu gestalten, wird bedauerlicher Weise ausser Acht gelassen. Zusammenhange damit wird es verständlich, warum Kr. des Referenten

Darstellung von paralytischen "Anfällen", die im Wesentlichen aus psychischen Symptomen sich zusammensetzen, nicht zu acceptiren geueigt ist. Noch verständlicher wird dies vielleicht, wenn man sieht, dass Kr. thatsächlich bei der Paralyse die psychischen und nervösen Störungen auseinanderzuhalten sucht und die paralytischen Anfälle der letzteren Categorie einreiht. Uebrigens ist die Angabe Kräpelin's (auf Seite 487), als wollte Referent auch den einfachen Stimmungswechsel der Paralytiker als Anfall aufgefasst wissen, eine durchaus auf Missverständniss beruhende.

In Bezug auf die Aetiologie der "Verblödungsprocesse" bekennt Kr. die Unsicherheit seiner Stoffwechsel-Hypothese selbst so rückhaltlos, dass ein weiteres Eingehen auf dieselbe nicht nöthig erscheint. Der Name "Verblödungsprocesse", welcher für "Degenerationsprocesse" der vorigen Auflage gewählt ist, enthält recht glücklich schon den Hinweis auf eine wesentliche Eigenthumlichkeit einer Reihe von Erkrankungsformen, dass sie nämlich in ihrem natürlichen Ablaufe früher oder später zu einer umfänglichen Vernichtung der geistigen Leistungsfähigkeit führen. Dieser Umstand, welcher von Kahlbaum und dem Ref. als ein Unterscheidungsmerkmal gewisser Psychosen seiner Zeit schon scharf hervorgehoben worden ist, verdient ganz gewiss bei der klinischen Betrachtung mehr in den Vordergrund gestellt zu werden, als dies bislang Seitens der meisten Autoren geschehen ist. Es kann aber fraglich erscheinen, ob Kr., wenn er eine Reihe von Formen, nämlich die Dementia præcox, die Katatonie und die Dementia paranoides, unter diesem Gesichtspunkte zu einer Gruppe vereinigt, nicht etwas zu ausschliesslich verfahren ist. Einmal nämlich giebt es doch ausser den von Kr. angezogenen Formen noch recht viele und mannigfache andere Psychosen, welche in Verblödung ausgehen - auch bei zunächst eireulär verlaufenden Fällen ist dies gar nicht so selten zu becbachten - andererseits ist es befremdlich, dass Kr. die Katatonie so bestimmt dieser Gruppe zuzählt. Es hat lange gedauert, bis Kr. diese klinische Form kennen gelernt resp. gelehrt Jede Auflage seines Lehrbuchs brachte in dieser Hinsicht einen kleinen Fortschritt. Er muss im Laufe der Zeit ganz besondere Prachtexemplare zu beobachten Gelegenheit gehabt haben, wie aus seinen äusserst anschaulichen und in Bezug auf einzelne Zuge des Krankheitsbildes unülertroffenen Beschreibungen hervorgeht. Das Neue ist nun, seinen Erfahrungen die Prognose der katatonischen Erkrankung durchweg ungunstig stellen zu mussen glaubt, dass nach ihm früher oder später, wenn auch mit Gradunterschieden und manchmal erst nach wiederholten Krankheitsschüben - die Katatonie ist ebenso wie die Paralyse durch Remissionen im Verlaufe ausgezeichnet - der Ausgang in die bekannte eigenartige Demenzform nahezu ansnahmslos erfolgt. stimmt nicht mit der ursprunglichen Lehre Kahlbaum's, welcher sich fast alle späteren Bearbeiter des Gegenstandes in dieser Beziehung angeschlossen haben. Ref. glaubt nicht, dass Kr.'s Behauptung durch die Nachprüfung in vollem Umfange erhärtet werden wird, wenngleich auch er die Proguose der catatonischen Erkrankungen etwas weniger günstig gefunden hat, als Kahlbaum dies ursprünglich angab. Doch muss dies vorläufig als offene Frage behandelt werden, da Kr. wohl beanspruchen darf, dass seinen grundlichen klinischen Detailerhebungen nicht pur allgemeine Erinnerungen und Eindrücke entgegengestellt werden. Die Darstellung der Dementia præcox, namentlich der leichteren Formen, ist als eine besonders gelungene zu bezeichnen. Weniger kann sich Ref. mit der Schilderung und Auffassung der als Dementia paranoides bezeichneten Formen befreunden; doch würde es zu weit ins Einzelne gehen, dies hier näher zu begründen.

Was sodann den "Wahnsinn" anlangt, so hat Kr. selbst im Gegensatz zu manchen seiner Anhänger, die in der Aufstellung desselben in dieser Form ein besonderes Verdienst Kr.'s priesen (wobei sie überdies vergassen, dass Schüle hierin längst vorangegangen war), darin von vornherein nur ein Provisorium erblickt und offen erklärt, dass es nur ein Sammelname für eine "fast übergrosse" Gruppe von Fällen sein solle, die in gewissem Sinne ein Zwischengebiet zwischen den "affectiven Psychosen" und der "chronischen Verrücktheit" bilden. Freilich hat er daran wohl nicht gezweifelt, dass die als Wahnsinn vorläufig zusammengefassten Formen von den übrigen von ihm anerkannten Krankheitstypen wirklich principiell zu scheiden seien; nur die Einheitlichkeit der neuen Gruppe erschien ihm fragwürdig und noch vor 3 Jahren sprach er seine Auffassung dahin aus, dass die fortschreitende Erfahrung die Auflösung dieser Position in eine Reihe einzelner Krankheitsformen herbeiführen werde. Jetzt hat sich dagegen Kr. bestimmt gefunden, die in Frage kommenden Formen theils den periodischen Erkrankungen, theils seiner "Melancholie des Rückbildungsalters" einfach einzureiben.

Ein besonderes Interesse beansprucht Kr.'s Stellungnahme zu den bisher von ihm - im Wesentlichen in Uebereinstimmung mit den übrigen Autoren ausser Kahlbaum und einigen Anderen - als Melancholie bezw. Manie bezeichneten Psychosen. Was zunächst die sogenannten Melancholien anlangt, so sollen nach Kr. nur die im Rückbildungsalter auftretenden Depressionen - sofern sie nicht Verlaufsabschnitte anderer Formen des Irreseins, namentlich des circularen, darstellen - eine innere Zusammengehörigkeit darbieten. Für ihn bedeutet also nunmehr Melancholie schlecht. weg eine Erkrankung des höheren Lebensalters und er erblickt darin eine Involutionserkrankung, der eine mehr weniger nahe Beziehung zur senilen Demenz zukommt. Die depressiven Verstimmungen der jugendlicheren Altersstufen sind nach Kr. nicht zur Melancholie zu werfen. Dieselben gehören vielmehr nach ihm entweder dem periodischen Irresein oder den Verblödungsprocessen an, einzelne dem Entartungsirresein und vielleicht auch der Hysterie. Jene nnamehr als klinische Einheit vorgeführte Melancholie des Rückbildungsalters umfasst sowohl solche Fälle, bei welchen eine einfache Traurigkeit bei völliger Besonnenheit bezw. mässiger Ausbildung von Versündigungsideen herrscht, als auch solche Fälle, bei denen von Anfang an die Angst und Unruhe überwiegt. Eine scharfe Abgrenzung wird auch gegenüber denjenigen Fällen, bei denen die Angst blos anfallsweise oder mit schwerer deliriöser Bewusstseinstrubung hereinbricht, nicht gezogen. Wie schou erwähnt, sind auch die früher unter dem Namen des (depressiven) Wahnsinns geschilderten Formen hier einbezogen, insbesondere wird auch das délire des négations an dieser Stelle behandelt. In einzelnen Fällen kann es, namentlich bei vorgeschrittener geistiger Schwäche, auch zur Entwicklung von Grössenideen kommen. "Das Bewusstsein erscheint bei dieser Form öfters stärker getrübt, die Orientirung unklar, der Gedankengang verworren, namentlich in den Zeiten stärkerer Erregung. Dennoch ist man vielfach überrascht durch die Besonnenheit, mit welcher die Kranken auf Fragen Auskunft geben und ihre krankhaften Vorstellungen äussern." (p. 569.) Die Prognose der "Melancholie" bespricht Kr. ohne Differenzirung der einzelnen aufgezählten Erscheinungsformen der Krankheit; sie müsse im Ganzen als eine zweifelhafte bezeichnet werden. Von seinen Kranken fanden $32^{0}/_{0}$ volle Genesung, weitere $23^{0}/_{0}$ konnten gebessert nach Hause zurückkehren, ungeheilt blieben $26^{0}/_{0}$, während $19^{0}|_{0}$ innerhalb der ersten zwei Jahre der Krankheit zu Grunde gingen. Vorgeschrittenes Lebensalter verschlechtert die Vorhersage. Differentialdiagnostisch kommt das circuläre Irresein, das sich ebenfalls im Rückbildungsalter entwickeln kann, in Betracht. Die grösste Schwierigkeit soll die Abgrenzung von der progressiven Paralyse darbieten.

Während Kr. die klassificatorische Position der Melancholie auf die vorstehend angedeuteten Entwicklungsformen der höheren Lebensjahre einschränkt, will er die sogen. einfache Manie überhaupt aus der Reibe der Krankheitsarten gestrichen wissen. Die Manie ist, wie er bestimmt lehrt, ihrem Wesen nach eine periodische Erkrankung. Kr. versteht aber, wie hier einzuschalten ist, unter periodischen Erkrankungen nicht nur solche, welche in einigermassen regelmässigen Abständen wiederkehren, sondern ganz allgemein diejenigen Geistesstörungen, "welche sich ohne äusseren Anlass mehrfach im Leben wiederholen." Die einzelnen Ausbrüche der Psychose sind hier nicht selbstständige Erkrankungen, sondern nur die ausseren Kennzeichen eines dauernden Krankheitszustandes, der aus sich selbst heraus allmäblich den Anfall vorbereitet. "Auch in den freien Zwischenzeiten sind die Kranken keineswegs wirklich gesund, was sich häufig genug in dem Fortbestehen einzelner krankhafter Eigenthumlichkeiten kundgiebt. Die Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Ausbrüchen der Störung sind in sehr vielen Fällen vollständig unregelmässige. In den kritischen Lebensaltern (etwa zwischen dem 15. und 25., sowie dem 45. und 55. Jahre) findet man manchmal eine Häufung der Anfälle, oder es werden auch gelegentlich einmal einzelne Anfälle durch aussere Schädlichkeiten (z. B. Wochenbett) ausgelöst. Es giebt auch Fälle, in denen die Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Anfällen 10 Jahre und mehr betragen; meist setzt jedoch der neue Anfall schon viel früher ein. Die ganz vereinzelten Fälle, in denen die Krankheit sich nicht wiederholt, können gegenüber der erdrückenden Menge zweifellos periodischer Fälle nicht in Betracht kommen: "Wir werden ihnen die gleiche Stellung einzuräumen haben, wie den einmaligen Krampfanfällen oder Dämmerzuständen auf der Grundlage einer epileptischen Veranlagung."

Die ganze Gruppe der in diesem Sinne periodischen Geistesstörungen scheidet Kr. in die manischen, die circulären und die depressiven Formen; er betont aber dabei, dass die Uebergänge flüssige sind und dass bei weitem die grösste Zabl der Fälle zu dem circulären Irresein gehört. Die maniakalischen und melancholischen Stadien können sich in genauester Regelmässigkeit ablösen oder auch ganz unregelmässig in Bezug auf An-

dauer und Reihenfolge auftreten; sie können sich auch wohl gewissermassen symptomatisch mit einander vermischen, nicht nur insofern, als gelegentlich inmitten des Depressionsstadiums ganz vorübergehend maniakalische Erregungen (oder umgekehrt) in die Erscheinung treten, sondern es giebt auch länger dauernde Zustänle, in denen beide Reihen von Symptomen in einer eigenartigen innigen Verschmelzung sich zeigen. Einen solchen Typus es giebt naturlich noch mannigfache andere (Ref) - hat Kr. unter dem Namen des manischen Stupors etwas eingehender und sehr zutreffend geschildert. Mit Recht betont Kr. - im Gegensatz zu den sonstigen tib. lichen Lehrbuchdarstellungen - die ausserordentliche Hänfigkeit der in dem geschilderten Sinne periodisch bezw. circular verlaufenden Erkraukungen. Namentlich bei den im jugendlichen Alter auftretenden Psychosen findet man diese Verlaufstypen in ungemein grosser Menge vertreten. Ref., der seit Jahren darauf geachtet und zudem hunderte von alten Krankenjournalen durchgesehen hat, möchte allerdings glauben, dass die Zahl einschlägiger Fälle erst in neuerer Zeit eine solche Zunahme erfahren hat. ist Kr.'s stärkere Hervorhebung dieser Formen eine berechtigte und durchaus den Thatsachen Rechnung tragende. Befremdlich ist aber, dass Kr. in dem dem Capitel zugehörigen Hauptlitteratur-Nachweise den Namen Magnan's fortgelassen hat, der in seiner Darstellung der "folie intermittente" (vergl. die Kritik des Ref. hieruber in "Schmidt's Jahrbucher", Bd. 241, p. 216) eine vorzügliche klinische Skizze des Gegenstandes geliefert hat, in welcher alle oben wiedergegebenen leitenden Gesichtspunkte - ausgenommen den "manischen Stupor" - bereits eindringlichst dargelegt sind. Allerdings lässt Magnan neben seiner sogenannten folie intermittente noch die einfache Melancholie und die einfache Manie als besondere Formen gelten, wenn letztere auch - wie neuerdings übrigens von den meisten Autoren (man vergleiche hierzu auch Kahlbaum's Erörterungen über die Elata hilaris aus dem Jahre 1863) - als selten bezeichnet wird. Dass aber solche einmalige maniakalische Erkrankungen vorkommen, wird auch von Kr. nicht bestritten und es hat sonach eine mehr akademische Bedeutung, ob man in denselben, wie Kr. dies meint, aber nicht genügend begründet, einmalige Manifestationen eines sonst an sich periodischen Leidens erblicken will oder ob man eine andere Auffassung vorzieht. Die grosse practische Tragweite, welche Kr. seiner neuen Lehre von der stets periodischen Natur der maniakalischen Erkrankung vindicirt, wurde erst dann anerkannt werden können, wenn er aus den Criterien des einzelnen Anfalls zu sagen vermöchte, ob derselbe sich wiederholen werde oder nicht, ob dies erst in 10 Jahren geschehen werde oder bald, ob dauernd maniakalische bezw. melancholische Zustände sich anreihen oder ob vielleicht nach mehrmaliger Wiederholung eines characteristischen Turnus ein Krankheitsnachlass eintreten oder relative Verblödung erfolgen werde u. s. w. Dies alles aber kann, soweit Ref. aus dem eingehenden Studium des Lehrbuchs urtheilen darf, Kräpelin vorläufig ebenso wenig wie andere Psychiater, und deshalb dürfte es sich nach wie vor empfehlen zu lebren, dass die maniakalische Erkrankung - so weit der Einzelanfall in Betracht kommt - eine vorwiegend gunstige Prognose darbietet, dass es aber gewisse, leider

nicht immer zuverlässig erkennbare Auzeichen giebt, welche den Verdacht auf ein periodisches Leiden erwecken müssen, dass aber auch damit eine genaue Prognosestellung nur in den besonders typisch ausgeprägten Fällen gegeben ist. Nicht viel anders steht es um die "Melancholie". Es ist in keiner Weise ersichtlich gemacht, warum die in dem sogenannten Rückbildungsalter (dessen Breite übrigens von Kr. ziemlich willkürlich und ohne Berücksichtigung der Einzelindividualität abgeschätzt wird) auftretenden Depressionszustände, trotz ihrer von Kr. selbst geschilderten Verschiedenheiten in Symptomentwicklung, Verlauf und Ausgang, unter einander näher stehen und principiell anders zu beurtheilen sein sollen wie die vor dieser Zeit sich entwickelnden. Dem Ref. ist es wenigstens trotz des sorgfältigsten Vergleichs der auf p. 647 ff. (Periodisch-depressive Formen) mit den auf p. 561 ff. (Melancholie) gegebenen Kraukheitsschilderungen nicht gelungen. einen durchgreifenden Unterschied wirklich herauszufinden. Dass aber den mit der Involutionsperiode einsetzenden Psychosen überhaupt und den Depressionszuständen insbesondere nicht selten gewisse Besonderheiten anhaften, sowie dass das Lebensalter im Allgemeinen auch die Prognose beeinflusst, soll darum nicht bestritten werden; das ist aber wohl auch noch von keiner Seite bestritten worden und diese Thatsache kann jedenfalls didactisch besser formulirt werden, als dies von Kr. durch die Aufstellung einer neuen Krankheit "Melancholie des Rückbildun sgalters" geschehen ist. Zum Mindesten müsste der Rahmen dieser letzteren Form, wenn die Besonderheit wirklich hervortreten soll. ganz erheblich enger gespannt werden.

Wenn es gestattet ist, noch einige Einzelheiten aus dem Buche herauszugreifen, so möchte Ref. namentlich mit Freude begrüssen, dass das Symptom der Ablenkbarkeit - nach Ansicht des Ref. das theoretisch und practisch wichtigste psychiatrische Symptom — wonn auch noch keineswegs genügend, so doch etwas mehr ins Licht gesetzt worden ist. - Bei der Darstellung des maniakalischen Symptomencomplexes ist mit Recht die Erleichterung der Auslösung von Bewegungs-Vorgängen in den Vordergrund gestellt und besonders zutreffend ist die Hervorhebung, "dass die motorischen Sprachvorstellungen die Associationen überwiegend beeinflussen und dass der erste beste im Kranken aufsteigende Antrieb sogleich zum Worte wird" (p. 604). Damit hat die landläufige Schilderung dieser Zustände die entschieden nothwendige Verfeinerung erfahren. - Weniger erfreulich ist, dass (im allgemeinen Theil) die Entwicklung uncorrigirter Wahnideen wiederum als eine Unzulänglichkeit der kritischen Fähigkeit (p. 145) gedeutet wird, Ref. schon an anderer Stelle ausführlich sich gewendet hat. lich wird diese theoretisch anfechtbare und empirisch unzutreffende Darstellung in der nächsten Auflage einer Revision werden.

In dem Vorwort, das er der neuen Auflage mit auf den Weg giebt, nimmt Kr. gewissermassen eine Selbsteinschätzung seines Werkes vor, aus welcher die wichtigsten Sätze hier wiedergegeben sein mögen: "In dem Entwicklungsgange des vorliegenden Buches bedeutet die jetzige Bearbeitung

den letzten, entscheidenden Schritt von der symptomatischen zur klinischen Betrachtungsweise des Irreseins. Diese Wandlung des Standpunktes zeigt sich vor Allem in der Abgrenzung und Gruppirung der Krankheitsbilder. Ueberall hat hier die Bedeutung der äusseren Krankheitszeichen hinter den Gesichtspunkten zurücktreten müssen, die sich aus den Entstehungsbedingungn, aus Verlauf und Ausgang der einzelnen Störungen ergeben haben. Alle reinen "Zustandsbilder" sind damit aus der Formenlehre geschwunden.".... "Was mir die Ueberlegenheit des hier befolgten Verfahrens über die herkömmliche Diagnostik unzweifelhaft dargethan hat, das ist die Sicherheit, mit welcher wir auf Grund unserer Krankheitsbegriffe den zukünftigen Gang der Dinge vorauszusagen im Stande sind, — das ist ferner die Leichtigkeit, mit welcher der Lernends sich bei dieser Führung auf dem schwierigen Gebiete der Psychiatrie zurechtfindet."

Angesichts der grossen principiellen Bedeutung, welche Kr. den von ihm vorgenommenen Verbesserungen seines Lehrbuchs beilegt, sind einige Erörterungen zur Sache unerlässlich. Zunächst möchte Ref. zu bedenken geben, ob denn wirklich die "symptomatische" und die "klinische" Betrachtungsweise von Krankheiten solche Gegensätze bilden oder gar, wie Kr. dies anzudeuten scheint, Gradunterschiede der medicinischen Erkenntniss darstellen. Der Kliniker hat es doch unter allen Umständen nur mit den Symptomen zu thun. Das Neben- und Nacheinander derselben richtig zu erfassen und allseitig zu würdigen, bedeutet die Höhe seiner Leistung. Eine Sinnverschiebung und vielleicht eine Art capitis diminutio hat freilich der Begriff "Symptom" seiner Zeit mit dem übermächtigen Aufblühen der pathologischen Anatomie erfahren; in missverständlicher Einseitigkeit wurde die Localdiagnose, die Ermittelung des kranken Organs oder gar die veränderte Gewebsstructur als letztes Ziel der Klinik hingestellt und somit ein künstlicher Gegensatz zwischen der "Krankheit" und ihren "Symptomen" geschaffen. Jene galt es zu erforschen und diese waren nur die Hilfsmittel dazu. Ein Rückstand dieser theoretisch sonst wohl überwundenen Anschauung hat sich in der Minderbewerthung erhalten, welche den "symptomatischen Diagnosen" gern zu Theil zu werden pflegt. Der geheime Gegensatz hierzu aber ist dann immer die localistische, nicht jedoch die klinische Diagnostik. Die Minderbewerthung der blos symptomatischen Diagnostik ist gerechtfertigt, insoweit als die pathogenetischen Grundlagen und physiologischen Zusammenhänge der Symptome bei denselben noch nicht aufzudecken gelungen ist; für die Klinik aber, für die in erster Linie die empirische Gesetzmässigkeit der Erscheinungen in Frage kommt, sind sie ganz und gar vollwerthig, wie das Beispiel des Morbus Basedowii, des Diabetes mellitus, der Paralysis agitans und ungezählter anderer Krankheiten zur Genüge darthut.

An und für sich betrachtet wird also die in Kr.'s ersten Eingangsworten gegebene Programmformulirung nicht als eine ganz unzweideutige gelten können. Thatsächlich hat denn anch bereits ein Kritiker, Möbi us, den Ausdruck "klinische" Betrachtungsweise ohne Weiteres durch "ätiologische" ersetzen zu dürfen geglaubt, womit er dem Autor ein besonderes Lob nachrühmen wollte. Wer blos den äusseren Rahmen der Gruppirung

und die Capitelüberschriften betrachtet, kann ja allenfalls zu solcher Auffassung kommen. Bei näherer Prüfung aber kann dieselbe nicht aufrecht erhalten werden. Wenn beispielsweise die Vermuthung ausgesprochen wird, den "Verblödungsprocessen" - einer Riesengruppe - möchten Stoffwechselerkrankungen zu Grunde liegen, ohne doch diese namhaft machen und ihre nähere Beziehung zu der symptomatischen Ausgestaltung der betreffenden Krankheitsfälle auch nur andeuten zu können, oder wenn schlechtweg behapptet wird, die Paranoia sei eine constitutionelle Erkrankung, ohne Anführung anderer Gesichtspunkte als solcher, welche auf die Mehrzahl aller Hereditarier Anwendung finden (p. 696), so kann darum noch nicht ohne Weiteres von einer ätiologischen Eintheilung der Psychosen gesprochen Uebrigens würde - trotz Möbius - eine ausschliesslich nach ätiologischen Gesichtspunkten durchgeführte Classificirung, selbst bei idealem Stande der bezuglichen Kenntnisse, immer eine Einseitigkeit bedeuten und den Bedürfnissen der Klinik nicht gerecht werden, da nothwendiger Weise klinisch Zusammengehöriges vielfach getrennt und andererseits klinisch sehr Differentes dem einmal gewählten Standpunkte zu Liebe kunstlich zusammengeschmolzen werden müsste. Doch dies nur beiläufig. In den nächsten Sätzen erläutert Kr. dann näher, was er meint: Das, was vor allen Dingen zu vermeiden sei, ist die Anfstellung von Krankheitsbildern auf Grund von lediglich "ausseren" Krankheitszeichen; Entstehungsbedingungen, Verlauf und Ausgang der einzelnen Störungen haben die leitenden Gesichtspunkte für die Beurtheilung abzugeben und blosse "Zustandsbilder" durfen in der klinischen Formenlehre einen selbstständigen Platz nicht beanspruchen.

Ohne Zweifel sind das die richtigen klinischen Grundsätze, so richtige und elementare, dass es überflüssig erscheinen könnte, sie besonders hervorzuheben, wenn nicht leider in Wirklichkeit so vielfach gegen dieselben gesündigt würde. Kr. selbst gesteht ein, dass für ihn dies eine "Wandlung des Standpunktes" bedeute, in welcher er den entscheidenden Fortschritt von der vorigen zur jetzigen Auflage seines Lehrbuchs erblickt. Er hätte aber billiger Weise hinzufügen oder doch wenigstens durchblicken lassen sollen, dass dieser von ihm — post tot discrimina rerum — neu gewonnene Standpunkt ein wirklich neuer nicht ist, dass in den Schriften von Kahl. baum, Hecker und dem Ref.*) beispielsweise derselbe längst auf das Eindringlichste gepredigt und vertreten worden ist und es muss Einspruch erhoben werden, wenn er unter Ignorirung dieser Thatsache ohne jede Einschränkung das von ihm befolgte "klinische Verfahren" als "der herkömmlichen Diagnostik" überlegen bezeichnet. Wenn aber auch die nicht nur an dieser Stelle seines Lehrbuchs durchleuchtende Geneigtheit Kr.'s, von dem Fortschritt der eigenen Anschauungen einfach den Beginn des wissenschaftlichen Fortschritts überhaupt zu datiren, eine offene Zurückweisung erfordert, so ist doch andererseits ruckhaltlos die Leistung zu bewundern, dass er das gesammte klivische Material der letzten Jahre nach jenen

^{*)} Vgl.: "Ueber die Katatonie" (Stuttgart 1887), p. 2-4, 80/31, 89/40, 51/52, sowie namentlich den Vortrag des Ref: "Kahlbaum's Gruppirung der psychischen Krankheiten 1863". (Jahrb. f. Psych., VIII. Bd., 1888.)

Gesichtspunkten wirklich durchgearbeitet und zu umfassender didactischer

Darstellung zu bringen gewusst hat.

Den Werth der Ergebnisse (der natürlich von dem Werthe der Methode in der Beurtheilung loszutrennen ist, Ref.) findet Kr., wie angegeben, verbürgt einmal durch die Sicherheit der Prognose, welche seine Krankheitsbegriffe gewähren sollen, und ferner durch die erleichterte Orientirung für den Lernenden. Beide Argumente sind wohl nicht ohne Einschränkung beweiskrästig und zwar ist, wie wir sehen werden, für beide die nämliche Einschränkung getoten. Was zunächst die Lehrbarkeit anlangt, so liegt die Sache doch folgendermassen: Jede Eintheilung und Classificirung von Krankheiten, wie von biologischen Phänomenen überhaupt, ist auf alle Falle eine kunstliche, oder wenn man lieber will, fliessende, nur cum grano salis zu verstehende. Das Ziel und das Natürliche bleibt immer das individualisirende Erfassen. Dazu ist aber als Grundlage erforderlich die Vielheit der Einzelanschauungen, die Erfahrung, womöglich die denkbar grösste. Damit kann das didactische Bedürfniss nicht von vornherein rechnen, dieses erfordert vielmehr fertige Lehren, Schablonen und abstrahirte Ergebnisse. Je grösser die so geschaffenen Abtheilungen sind, um so vollständiger werden sie die mannigfachsten individuellen Züge mit zu enthalten vermögen und um so leichter werden sie gleichzeitig andererseits dem Lernenden die für die Sonderung massgebenden Gesichtspunkte aufzufassen gestatten. Beguagt man sich, um ganz grob zu exemplificiren, die Scheidung in einfache und paralytische Seelenstörung durchzuführen, so wird der didactische Erfolg nicht viel zu wünschen übrig lassen. Oder unterscheidet man beispielsweise mit Magnan ausser den Vergiftungen und organischen Erkrankungen im Wesentlichen nur noch sogenannte "typische" Psychosen (Melancholie, Manie, intermittirendes Irresein, Paranoia completa) und fasst alle übrigen "atypischen" Psychosen in eine grosse Gruppe als Dégénérés zusammen, so wird gewiss solche Eintheilung - selbst prognostisch - im Grossen und Ganzen eine branchbare Führung abgeben und doch kann sie eindringenderer wissenschaftlicher Betrachtung gegenüber versagen. Deshalb ist, wie wir meinen, die Lehrbarkeit an sich nur mit Einschränkung als Prüfstein der gewonnenen speciell-pathologischen Ergebnisse zu verwerthen. Denn gerade die Grösse der Gruppen, d. h. doch aber die Ignorirung vieler Einzelthatsachen ist es, welche das Lernen erleichtert. In Bezug auf die Prognose steht es ähnlich. Je summarischer, je mehr nur im Grossen und Ganzen die Vorhersage formulirt wird - wie wir dies oben bezuglich der Manien z. B. gesehen haben --, um so grösser wird natürlich die Verhältnisszahl der richtig beurtheilten Fälle sein können. Der wissenschaftliche Werth der aufgestellten Krankheitsbilder wird dadurch aber nicht nothwendig bewiesen. Dieses Sachverhaltes wird man sich bewusst sein müssen, wenn man aus den gewonnenen statistischen Ergebnissen nicht falsche Schlüsse ziehen will. Unbeschadet dieser einschränkenden Erwägung aber hat Kr. sicher Recht, wenn er in der neuen Ausgabe seines Lehrbuchs es als eine der wesentlichsten Aufgaben einer wirklich klinischen Diagnostik bezeichnet, dass sie die Möglichkeit zu richtiger Prognosestellung gewähren müsse. Es gereicht dem Ref. zur Befriedigung, dass er schon in seiner Doctordissertation dieselben Gesichtspunkte vertreten hat. Aber noch heute ist es, wie zugegeben werden muss; leider nicht überflüssig, auf diese trivialen Wahrheiten immer von Neuem hinzuweisen. Was Kr. in dieser Hinsicht (auf p. 656) in Bezug auf "die jetzige Universalkrankheit Paranoia, die bei manchen Irrenarzten 70-800/0 des gesammten Krankheitsmaterials umfasst", sagt, ist Wort für Wort zu unterschreiben, und ganz besonders der Verbreitung werth ist sein Schlusssatz: "Wer heute damit zufrieden ist, jede Psychose mit vorwiegender Verstandesstörung als Paranoia zu bezeichnen, lerut aus der weiteren Beobachtung schlechterdings nichts für künftige Fälle. Da seine Diagnose nichts enthält, was nicht auch jeder Laie sofort sehen könnte, so wird ihn auch die Zukunft nicht enttäuschen, aber sie wird ihm auch nichts offen-Doch schiesst Kr. weit über das Ziel hinaus, wenn er mehr weniger uuzweideutig die Ansicht kundgiebt, dass jede Diagnose an sich schon eine ganz bestimmte Prognose enthalten müsse, dass es beispielsweise pein Unding sei, von einer acuten und einer chrouischen Paranoia sprechen zu wollen, eine Krankheit könne nur entweder - "grundsätzlich", wie er sagt (p. 657) — unheilbar oder heilbar, nur entweder acut oder chronisch sein. Bei solcher Betrachtungsweise wird einmal sehr zu Unrecht der individuelle Factor der Constitution, des Lebensalters etc. etc. völlig ausser Ansatz gelassen; ausserdem aber steht dieselbe in keiner Weise im Einklang mit den Thatsachen, die die klinische Medicin sonst uns lehrt, wo sehr wohl acute und chronische Formen analoger Processe anerkannt sind und durchaus nicht gefordert wird, dass jede Krankheit in nur ihr eigenem characteristischen Verlaufe zu einem besonders gearteten Eudstadium hinführen müsse. Man halte sich nur einmal die klinische Vielgestaltigkeit des typhus abdominalis vor Augen! Solange ein pathogenetisches Verständniss der meisten psychischen Krankheitserscheinungen und damit ein sicherer Massstab für ihre klinische Bewerthung im Einzelfalle fehlt, wird indessen nichts dagegen einzuwenden sein wenn ein Kliniker zunächst einmal grosse Gruppen zu bilden sucht, etwa' indem er die Fälle mit analogem Ausgange zusammenstellt, z. B. alle diejenigen, die mehr minder schnell verblöden, und wenn er dann weiter versucht, das diesen Fällen Gemeinsame kennzeichnend herauszuheben. Ein solches Verfahren kann zur provisorischen Orientirung und gewissermassen als klinische Vorarbeit sehr zweckmässig und fruchtbar sein. Man muss sich nur in jedem Augenblicke bewusst bleiben, dass dies nur ein summarisches und in gewissem Sinne einseitiges Vorgehen ist, indem mit Willkur die Verlaufsweise des Falles, die doch von recht verschiedenartigen Bedingungen abhängen kann, ohne Weiteres zunächst als massgebendes Kriterium angesetzt wird. Die nachträgliche Kritik kann dann erst die eigentlichen Werthe schaffen. Kr. aber hat sich in manchen Punkten mit der Roharbeit begnügt. Wenn er beispielsweise (p. 435) den Fall eines Studenten, der plötzlich von tiefem Coma betroffen wurde, das sich nur ganz allmählich löste und wonach Pupillendifferenz, Facialisphänomen, starke Reflexsteigerung und ferner "das ausgeprägte Bild des vorzeitigen Schwachsinns" zurückblieb, schlechtweg seiner Dementia præcox einreiht, deren leichtere Erscheinungsformen überhaupt die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit kaum erkennen lassen sollen, so bedeutet das nichts anderes als den völligen Verzicht auf eine medicinische Auffassung des Falles. Es ist eben offenbar nicht so leicht zu entscheiden, welche Krank-

heitszeichen als blos "äussere" zu betrachten sind und auch die ausschliessliche Berücksichtigung des Verlaufs — ohne gleichzeitige Würdigung aller Symptome — ist eine Einseitigkeit und kann unter Umständen dazu führen, das klinisch Wichtigte zu übersehen.

Ueberhaupt kommt bei Kr. die Symptomenlehre zu kurz und das ist es, was Ref. von jeher gegen Kr.'s Art der Krankheitsschilderungen einzuwenden gehabt hat. In dieser Hinsicht bringt die neue Auflage keine oder doch sicherlich nicht durchgreifende Verbesserungen. Sie zeigt noch heute den Satz in Geltung, welchen Ref. vor 9 Jahren ausgesprochen hat, dass in der Psychiatrie die Einsicht, dass eine distincte klinische Symptomenkunde die unerlässliche Vorbedingung für jede Diagnostik ist und dass die Erkennung jedes einzelnen Symptoms durch ein besonderes darauf gerichtetes Bestreben erlernt sein will, noch nicht in dem wunschenswerthen Maasse Gemeingut sei." Nirgends in dem Lehrbuche - auch nicht in dem Allgemeinen Theile - wird dem Lernenden eine ausreichende Unterweisung darüber gegeben, wie die einzelnen krankhaften psychischen Symp. tome sich erkennen und von einander unterscheiden lassen; nirgends findet er eine Handhabe, um die in jedem Einzelfalle zunächst nothwendige Symptomanalyse des gerade sich darbietenden Zustandsbildes leisten zu können. Kr. übt eine mehr summarische Diagnostik, eine Diagnostik in grossen Zügen, zum Theil erinnernd an die Manier französischer Kliniker, deren wesentlichstes Rüstzeug eine immer bereite Diction ist und die Fähigkeit zur Formung abgerundeter Bilder. Er entrollt lebensvolle Gesam ntgemälde von möglichster Einheitlichkeit im Farbenton. An Stelle von einzelnen exact auseinandergehaltenen Symptomen setzt er ein Mosaik wörtlicher Auslassungen von Kranken, deren Massenhaftigkeit und geschickte Aneinanderreihung freilich ein vielfach höchst anschauliches Bild von der Gesammtverfassung der Kranken zu vermitteln geeignet ist. Es soll auch nicht geleugnet werden, dass in den meisten Schilderungen die characteristischen symptomatischen Elementarbestandtheile - zum Mindesten für den Fachmann - mehr weniger deutlich kenntlich enthalten sind; aber dass eine solche Art der Krankheitsbeschreibung von der in medicinischen Disciplinen sonst üblichen Darstellungsweise sich ganz principiell und eigenartig abhebt, bedarf keiner weiteren Ausführung. Hatte Ref. früher die Schuld hieran lediglich der Methodik Kräpelin's oder, wenn man so sagen darf, seiner Technik der Description beigemessen und deshalb, von Auflage zu Auflage, je mehr von anderer Seite inzwischen brauchbare analytische Vorarbeit geleistet worden, eine Aenderung in dieser Hinsicht erhofft, so findet sich jetzt - in der Besprechung der Dementia paranoides - ein Satz, der auf das Aeusserste nachdenklich machen muss. Dort heisst es nämlich auf p. 469 -: "Es wäre möglich, dass bei jugendlicheren und stärker erblich belasteten Personen Einbildungskraft und Verstand durch den Krankheitsvorgang gleichzeitig vernichtet würden, während bei älteren und widerstandsfähigeren Naturen jene erstere noch lebendig bliebe, nachdem die Urtheilskraft bereits zu Grunde gegangen ist." Auf der Grundlage solcher psychologischer Categorien wird sich freilich eine medicinisch branchbare Semiotik nicht anbahnen lassen!

Mit diesem unerfreulichen Ausblick möchte Ref. seine Besprechung nicht gerne beschliessen und er gestattet sich deshalb, Kräpelin's auf der Jahressitzung der deutschen Irrenärzte zu Heidelberg gehaltenen Vortrag: "Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie" (Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 53), der zudem als eine Art Ergänzung zu dem Vorworte des Lehrbuchs betrachtet werden kann, in die Besprechung aufzunehmen. Hier finden wir nämlich nun endlich auch bei Kräpelin die Anläufe zu einer verfeinerten Symptomendifferenzirung entwickelt und endlich auch von ihm die Nothwendigkeit betont, "die Krankbeitszeichen mit möglichster Sorgfalt zu zergliedern", in ähnlichem Sinne, wie Ref. dies bezüglich des Symptoms der Verbigeration vor Jahren in paradigmatischer Weise durchzuführen versucht hat. Kr. hebt mit Recht hervor, dass es bei der Diagnostik auf mancherlei Zeichen ankommt, "die wir erst allmählich kennen lernen müssen, z. B. auf die Ideenflucht, die Orientirung, Auffassungsfähigkeit, motorische Erregbarkeit, Hemmung u. s. f." "Die feinere Zergliederung lehrt uns hier sehr wichtige Unterschiede zwischen ausserlich ähnlichen Störungen kennen, die eine ganz verschiedene diagnostische Bedeutung haben, zwischen Ideenflucht und Wortsalat,*) manischem und katatonischem Bewegungsdrang, motorischer Hemmung und Negativismus. Auch die besondere Gruppirung der einzelnen Störungen liefert bedeuteame diagnostische Anhaltspunkte. So gestattet das gegenseitige Verhältniss zwischen Verwirrtheit, Erregung und Orientirung die Unterscheidung zwischen Katatonie, Manie und Amentia." Wenn in diesem Sinne und noch dazu mit der an der Heidelberger Klinik herrschenden Hingabe weitergearbeitet wird, so werden die Erfolge nicht fehlen. Interessant ist das Bekenntniss, wie Kr. zu dem jetzigen Modus gelangt ist: "Aus der klareren Uebersicht über die Erfahrungen entsprang der Wunsch, die einzelnen prognostisch so unterschiedenen Zustände nun auch schon im ersten Beginne der Erkrapkung auseinanderhalten zu lernen. Vortragender (Kr.) griff daher seit fast 3 Jahren zu dem Verfahren, in jedem einzelnen Falle sofort nach der ersten Untersuchung eine bestimmte Diagnose und Prognose schriftlich aufzuzeichnen, um aus den begangenen Irrthumern für die Zukunst zu lernen. Dadurch entstand der Zwang, sich von vornherein über alle Eigenthümlichkeiten des vorliegenden Falles genaue Rechenschaft zu geben und die Krankheitszeichen mit möglichster Sorgfalt zu zergliedern. Krapeliu möge hier die Bemerkung gestatten, dass es andere Forscher giebt, welche auch ohne einen solchen, übrigens für ein klinisches Zusammenarbeiten gewiss recht zweckınässigen Zwung ihre diagnostische Aufgabe am Krankenbette von jeher - und nicht erst seit 3 Jahren - in dem ganz gleichen Sinne mit vollem Bewusstsein erfasst und unausgesetzt verfolgt haben. Wenn übrigens wirklich Kr. durch seine Studien, wie er in dem Vortrage andeutet, schon jetzt dazu gelangt ist, beispielsweise bei einem initialen Depressionszustande von vornherein meist richtig beurtheilen zu können, ob es sich um eine katatonische oder hebephrene oder aber um

^{*)} Den von Forel übernommenen legeren und allzu laienhaft anmuthenden Terminus "Wortsalat" würde Ref. gern wieder gestrichen sehen, wenn derselbe auch im Munde des temperamentvollen Züricher Autors, dessen Stärke nicht gerade in der klinischen Symptomdifferenzirung liegt, ganz wirkungsvoll gewesen sein mag.

eine periodische Erkrankung handelt, so wäre dies ein nicht zu unterschätzendes, neues, positives Ergebniss. Leider muss Ref. bekennen, dass ihm aus den differentialdiagnostischen Hinweisen des Lehrbuches gentigende Anhaltspunkte da'ür zu gewinnen nicht möglich gewesen ist. Man muss daher annehmen, dass Kr.'s persönliche Routine de facto practisch mehr leistet als ihm in didactische Regeln zu fassen bisher gelungen ist. Der exactere Ausbau der Lehre wird dann aber sicher nicht allzulange auf sich warten lassen.

Wenn ein Lehrbuch einer Disciplin, welcher das Gros der Aerzte und Studirenden ihr Interesse nicht in besonderem Maasse zuzuwenden pflegt, in wenigen Jahren seine fünfte Auflage erreicht, so hat es seine Probe vor der Oeffentlichkeit so glänzend bestanden, dass jede Empfehlung hinsichtlich seiner Verwendbarkeit Seiteus der Kritik sich erübrigt. Je mehr aber dasselbe an Verbreitung und Einfluss gewinnt und je mehr es nicht nur ein Spiegel, sondern ein Führer der actuellen wissenschaftlichen Anschauungen zu sein prätendirt, desto mehr ist es geboten, sich über die wissenschaftliche Eigenart des Buches klar zu werden. Wenn bei diesem Bestreben die dem Referate gesteckten Grenzen ein wenig überschritten worden sind. so geschah dies, weil Ref. der Bedeutung des Gegenstandes und nicht zuletzt der Bedeutung des Autors ein tieferes Eindringen schuldig zu sein glaubte Clemens Neisser (Leubus).

XL) Prof. Dante Cervesato: Ueber eine Epidemie von infantiler Paralyse. (Sopra una epidemia di paralisi infantile.) Studio clinico ed anatomopatologico.

(Padova, Fratelli Drucker, 1896, 149 Seiten.)

Im Jahre 1895 hatte Verfasser Gelegenheit, während 5 Monaten 26 Fälle von spinaler Kinderlähmung, die epidemisch aufgetreten waren, zu beobachten und in klinischer, sowie anatomisch-pathologischer Hinsicht zu untersuchen. In der vorliegenden, gross augelegten Arbeit beschäftigt er sich nicht nur mit diesen Beobachtungen, sondern giebt eine umfangreiche Monographie dieses Leidens.

Nachdem er zunächst die bisherigen Beobachtungen von einem epidemischen Auftreten der spinalen Kinderlähmung restimirt hat, geht er speciell auf die von ihm beobachteten Fälle ein, indem er sie nach Geschlecht, Alter, Jahres- und Tageszeit, sowie Oertlichkeit, vor Allem aber nach der Symptomatologie analysirt. Eingehendere Berücksichtigung erfährt unter den Krankheitserscheinungen des acuten Stadiums, das übrigens selten zur Beobacheung kommt, das initiale Fieber (unter 26 Fällen in 24 beobachtet), das sich hauptsächlich in Erscheinungen von Seiten des Magen-Darmkanals und des Nervensystems - hier sind beachtenswerth die Symptome, die auf spinale Natur (Schmerzen, Nacken- und Rückensteifigkeit) hinweisen - ausspricht. Das Cardinalsymptom der Krankheit ist die Lähmung. Der Eintritt derselben war in den vom Verf. beobachteten Fällen ein ganz plötzlicher und fiel mit dem Aufhören des Fiebers zusammen. Capitel wird ebenfalls eingehende Betrachtung gewilmet, wobei Verfasser u. a. die verschiedenen Formen der Initiallähmung den Residualformen gegenüberstellt. Weiter werden das electrische Verhalten, die Atrophie,

Digitized by GOOGLE

das Verhalten der Reflexe, der Sensibilität, der Sphincteren etc. behandelt. Bezüglich der Prognose sei erwähnt, dass von den längere Zeit unter Beobachtung gebliebenen Fällen 1 in Heilung, 8 in Besserung übergingen, 2 stationär blieben und 1 tödtlich endigte. Der letztere Fall, der zur Obduction kam, wird dann eingehend mitgetheilt. In der Hauptsache fanden sich im Rückenmark, besonders deutlich und ausgedehnt in der Cervicalund Lumbalanschwellung, Veräuderungen, die den ausgesprochenen Character einer multiplen, disseminirten Entzündung trugen. Microscopisch stellte sich heraus, dass an dem Processe vorwiegend die graue Substanz betheiligt, aber auch, wenngleich in geringerem Grade, die Vorder- und Hinterwurzeln, die weisse Substanz und deutlich die Meninx in Mitleidenschaft gezogen war. Es handelte sich also um einen diffusen, keineswegs aber um einen systematisirten Vorgang (diffuse Myelitis). Die Vorderhörner sind demnach an dem Processe nicht allein betheiligt, wie Verfasser auch an den übrigen obducirten Fällen aus der Litteratur nachweist.

Bezüglich der Pathogenese des Leidens legt Verfasser Gewicht au die Betheiligung der Meningen (Congestion, Hämorrhagie) an dem Krankbeitsprocesse, besonders in seinem ersten Stadinm, worauf auch die klinischen Erscheinungen hinweissn. Er sucht den Nachweis zu führen, dass die concomitirende Meningitis nicht secundär erst entsteht, sondern direct durch dasselbe Agens, welches die Myelitis hervorruft, veran'asst wird. Bezgülich der Natur dieses Agens ist der Verfasser überzeugt, dass es ein infectiöses ist, wenngleich seine Bemühungen, aus dem Blute der Kranken und dem von Leichen hergenommenen Material einen specifischen Krankheitserreger zu gewinnen, erfolglos geblieben sind. Ein Hauptargument liegt für ihn in dem epidemischen Auftreten der Krankheit.

Buschan.

XLI) C. Winkler (Amsterdam): Over de ziekten der primaire neuronen van het zennwstelsel.

(Harlem 1897. F. Bohn. 23 S. 80. Pr. 50 cent.)

Die interessante Schrift, welche eine kurze systematische Darstellung der Erkrankungen der primären Neuronen giebt, ist wohl der erste gelungene Versuch, grosse Abschnitte der Nervenpathologie vom Standpunkte der Neuronenlehre systematisch zu behandeln. Sie bildet ein Heft der unter dem Titel: Geneeskundige Bladen veröffentlichten beachtenswerthen Sammlung, welche ein Seitenstück zur Volkmann'schen Sammlung bildet.

Die Anschauungen W.'s werden sich am Uebersichtlichsten durch Wiedergabe seiner Tabelle darstellen lassen:

Krankheiten der primären Neuronen.

A. TRAUMATISCHE NEURONENKRANKHEITEN.

- I. Locale Leiden der gesammten (motorischen, vasomotorischen und sensiblen) primären Neuronen, die sich am Orte des Traumas befinden.
 - a) Exogenes Trauma:
- 1. Durch Unterbrechung der Continuität

 1. Neuritis nach Verwundung des Nerven.

- 2. Durch Druck bei erhaltener Continuität.
- 2. Schlaf- und Krückenlähmung im pl. brachialis.

b) Endogenes Trauma:

- 1. Druck durch Tumoren, Fracturen etc.
- 3. Neuritis des Laryngeus inferior bei Aneurysma.
- 2. Fortleitung von Entzündungen etc. { 4. Facialislähmung bei Felsenbeinleiden.
- II. Allgemeine Leiden der gesammten Neuronen, die sich an der lädirten Stelle befinden.
- a) Durch Ischamie bei Gipsverband, } 5. Ischamische Neuritiden. Esmarch'scher Binde etc.
- b) durch local applicarte Gifte.
- 6. Radialislähmung nach Aether-In-jection in den Arm.

B. TOXISCHE NEURONENKRANKHEITEN.

- I. Allgemeine Affection einer grossen Anzahl, aber gewöhnlich nicht sämmtlicher primärer Neuronen, mit schon deutlicher Neigung zur Election einer Gruppe vor einer anderen.
 - a) Durch exogene Gifte.
- 1. Durch flüssige Gifte
- 7. Alcoholneuritis.
- 2. Durch feste (metallische) Gifte
- 8. Blei-, Arsenik-, Kupfer-, Queck-silberneuritis.
- 3. Durch gasförmige Gifte
- 9. Neuritis nach Kohlenoxyd.
- b) Durch endogene Gifte.
- A. Von infectiösem Ursprunge.
- 1. Acute Formen.

Unbekannte Gifte Vergiftung auf tuberculösem Boden Andere bekannte oder vermuthete Gifte

- 10. Landry'sche Lähmung.
- 11. Multiple Neuritis.
- 2. Chronische Formen. Infectiose Gifte bei Beri-Beri , Lepra
- 12. Subscute und chronische Neuritis nach Infectionskrankheiten.

Andere vermuthete Gifte

- 13. 14.
- 15. Subacute und chronische Neuritis nach Infectionskraukheiten.
- B. Von Stoffwechselveränderungen abhängig.
- 1. Bei Diabetes

- ∫ 16. Neuritis pseudotabetica bei Dia-
- 2. Bei Nieren- und Blasenleiden
- 17. Neuritis (Paraplegia) urinarie.
- Neuronen. 4. Bei übermässigem gebrauch
- 18. Berufsnenritiden.

II. Leiden mit überwiegender Election bestimmter Neuronengruppe.

- a) Primärer motorischer Neuronen.
- A. Durch acut auftretende endogene (infectiöse) Gifte.
- 1. Unbekannte Gifte
- 2. Diphtheritis
- 3. Rheumatische Gifte
- 4. Lues

- 19. Poliomyelitis acuta anterior.
- 20. Diphtheritische Augen- und Kehlkopflähmungen.
 - 21. Sogen. rheumat. Facialislähmung.
 - 22. Luetische Augenmuskellähmung.
- B. Durch chronisch wirkende endogene Gifte.
- 1. Unbekannte Gifte

- 23. Poliomyelitis subacuta et chronica adultorum.
- b) Primärer sensibler Neuronen.
- A. Durch endogene chronisch wirkende Gifte.
- 1. Unbekannte
- 2. Unbekannt (zum Theil parasyphilitisch)
- 24. Pseudotabes und sensorische Neuritiden.
- 25. Tabes dorsalis.
- c) Primärer vasomotorischer Neuronen.
- 1. Unbekannte Gifte bei infect. u. Stoffw.-Krankheiten
- 2. In Beziehung zu Schilddrüsenleiden
- 3. In Beziehung zur Hypophysendritse
- Sogen. Neuritis ex endarteriitide.
 Raynaud's Krankheit n. Erythromelalgie.
- 28. Angio-neurot. Oedem, Skleroderma und Acroparästhesie.
- 29. Myxödem (einzelne Symptome).

 80. Morbus Basedowii (einzelne Symptome).
- 31. Partieller Riesenwuchs u. einzelne andere Symptome der Akromegalie.

W. hebt sehr nachdrücklich hervor, dass bei weitem der grösste Theil unserer Kenntniss der Symptome bei Rückenmarkskrankheiten auf dem beruht, was wir von den primären Neuronen wissen, und dass die Kenntniss der Störungen der secundären sensiblen Neuronen und derjenigen der kürzeren oder längeren associativen oder intermediären Neuronen im Rückenmark äusserst beschränkt ist. Ferner betont er die Seltenheit motorischer Reizerscheinungen bei Leiden des I. Neuronen und bezeichnet als Hauptmerkmal der Läsion der motorischen I. Neuronen atonische oder schlafte Lähmung mit Aufhebung der Sehnenreflexe und nachfolgender Atrophie mit Entartungsreaction.

XLII) A. Goldscheider (Berlin): Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems. Zweite vollständig umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage. Mit 52 Abbildungen im Text. 262 S. 80. Preis 7 Mk. (Berlin, Fischer, 1897.)

Aus dem bequem in der Tasche zu tragenden Büchlein G.'s ist ein ziemlich stattlicher Octavband geworden. Die Studirenden und angehenden Neurologen werden also von ihrem mit Recht beliebten Vademecum Abschied nehmen müssen; das Buch wird auf das Bücherbrett wandern; das ist ein Verlust für den ambulanten Jünger der Neuropathologie. Im Uebrigen aber hat das Buch nur gewonnen, es ist fast alles lebensfähige Neue darin aufgenommen; dass doch bei der Liectüre manche Wünsche nach einem Mehr auftauchen — z. B. bei der Erörterung der Perimetrie, wo nur Methode, nicht diagnostische Verwerthung ihrer Ergebnisse besprochen wird, ferner bei der Hemiplegie (S. 222), wo die differentiell doch nicht unwichtige hysterische Hemiplegie ungenannt, bei der Behandlung der Entartungsreaction, wo die neurotonische Reaction unerwähnt bleibt; schliesslich vermisst man auch eine Andentung über die Encephalopathia saturnina — beweist nur, wie willkommen Zusätze sein mussten.

Ob man "Ungestörtheit der activen Bewegungen" so absolut wie G. als Criterium des Paramyoclonus der Chorea gegenüber bezeichnen soll, erscheint dem Referenten nach seiner Erfahrung zweifelhaft.

Kurella.

XLIII) L. Löwenfeld: Lehrbu?h der gesammten Psychotherapie. (Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1897.)

Obwohl es an Schriften über die Hypnose und über die Behandlung mit der Suggestion nicht mangelt, so fehlte ein Buch, welches das Gesammtgebiet der Psychotherapie umfasste. Die Suggestiv-Behandlung im hypnotischen Zustande war immer als die Psychotherapie par excellence gepriesen, während die Erfahrungen der letzten Zeit mehr und mehr bewiesen, dass die Leistungen der hypnotischen Behandlung begrenzt sind und die Psychotherapie in einem weiteren Sinne die Hypnose zu ersetzen hat. Hypnotismus beansprucht für den practischen Arzt durchaus nicht die Bedeutung, wie einige Fanatiker glauben. Die Behandlung mit der Hypnose wird und kann immer nur die Domäne besonders disponirter Personlichkeiten bilden, während die Psychotherapie zum Gemeingut aller Aerzte werden muss. Jeder Arzt muss sich des Einflusses der seelischen Vorgänge auf die körperlichen Zustände bewusst werden und darnach sein Handeln einrichten. Je mehr in den Kreisen der practischen Aerzte die Psychotherapie Eingang findet, um so mehr wird die individualisirende Behandlung Platz greifen und das Selbstbewusstsein der Aerzte wachsen, welches unter der Last der Anpreisung neuer Heilmittel und Kurmethoden erstickt.

In diesem Siune ist das Löwenfeld'sche Buch freudig zu begrüssen und demselben in den Kreisen der Aerzte die weiteste Verbreitung zu wünschen. Es ist einfach und fasslich geschrieben und enthält vortreffliche Bemerkungen über den Verkehr des Arztes mit seinen Kranken, über den Einfluss von Krankheiten auf die Stimmung, über die Untersuchung der Kranken, wie weit der Arzt seine Patienten über ihre Krankheiten auf-

klären darf, u. v. a. m. Da sich das Buch an weitere Kreise, nicht an "Specialärzte" wendet, so wäre in den Abschnitten über die specielle Psychotherapie an einzelnen Stellen eine schärfere Kritik der Thatsachen am Platze gewesen, z. B. bei der Besprechung der Erfolge in der Behandlung der conträren Sexualempfindung, des Morphinismus, der Epilepsie etc. Doch sind das nur nebensächliche Bedenken, in der Hauptsache wird das Buch seinen Zweck erfüllen und weitere Kreise auf die Wichtigkeit der Kenntniss des menschlichen Seelenlebens für eine erfolgreiche Behandlung hinweisen.

Behr (Biga).

XLIV) O. Binswanger: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Vorlesungen für Studirende und Aerzte. (Jena 1896.)

Der Verfasser hat schon seit vielen Jahren der Neurasthenie ein Interesse entgegengebracht, welches man bei der grossen Mehrzahl der Psychiater vermisst. Dieses Interesse hat er auch dadurch documentirt, dass er Vorlesungen über Neurasthenie weiter ausarbeitete und in Buchform dem ärztlichen Publikum zugänglich machte.

Der Stoff ist in 25 Vorlesungen eingetheilt, von welchen Vorlesung I die allgemeine Pathologie und Pathogenese, II—III die Aetiologie, IV—X die Symptomatologie, XI die klinischen Typen der Neurasthenie, XII Verlauf, Prognose und Diagnose, XIII—XV die Therapie behandeln. Bei dem Umfange des Werkes (440 S.) und der Eigenartigkeit der Auffassung, zu welcher sich B. bezüglich einer Menge von Einzelfragen in dem bearbeiteten Gebiete bekennt, kann von einem Eingehen auf Details hier keine Rede sein. Wir müssen uns im Wesentlichen darauf beschränken, den principiellen Standpunkt des Autors zu beleuchten.

Bedeutet Levillain's Arbeit eine kräftige Vorwärtsbewegung in der von Beard und Charcot angebahnten Richtung, so bedeutet Binswanger's Buch wieder einen Schritt zurück und zwar in der Arndtschen Richtung. Nach Levillain "ist und bleibt die Neurasthenie ein fertiger klinischer Typus mit bestimmter Aetiologie, Entwicklung und klinischer Gestaltung"; Binswanger will dagegen die Ansfassung der Neurasthenie als einer einheitlichen, scharf umschriebenen Krankheitsform nur mit gewissen und zwar erheblichen Beschränkungen gelten lassen; nach seiner Ansicht ist nur bei einer Gruppe von Neurasthenischen eine Sonderung von anderen entweder unentwickelten oder weiter fortgeschrittenen Neurosen und Psychosen in manchen Stadien des Krankheitsverlaufes möglich. Neurasthenie steht auf der Grenzscheide zwischen den unfertigen Neuropathien und den vollentwickelten Neurosen und Psychosen", aber weniger als selbstständige Erkrankung denn als Vorstufe zu letzteren. Bezüglich dieser Auffassung lassen die Bemerkungen des Autors keinen Zweifel. Er erklärt, "dass die Neurasthenie von allen wohlbekannten und symptomatologisch bis zu gewissem Maasse abgeschlossenen functionellen Nervenund Geisteskrankheiten Theilerscheinungen in sich aufgenommen hat, die sich zu einem mosaikartigen Ganzen zusammenfügen und dass durchaus fliessende Uebergänge zu diesen ausgeprägten Krankheiten vorhanden sind. Und weiter: "Nachdem wir einmal mit voller Berechtigung in einem

Krankheitsfall nach genauer Abschätzung aller Krankheitserscheinungen zur Diagnose Neurasthenie gelangt waren, werden wir späterhin vielfach zu unserer eigenen Ueberraschung die Gruppirung der Symptome verschoben finden, vor Allem aber in Folge der weiteren Entwicklung einzelner derselben den Ausbau einer scharf ausgeprägten Geistes- wie Nervenkrankheit constatiren müssen."

Hiemit im Einklang giebt B. von der Neurasthenie eine rein negative Definition: "Unter Neurasthenie fassen wir die neuropathischen Krankheits. erscheinungen zusammen, welche auf dem Boden einer allgemeinen functionellen Erkrankung des Nervensystems erwachsen sind, jedoch nicht den vollentwickelten functionellen, dem gleichen Boden entstammenden Psychosen und Neurosen wegen ihres unfertigen Characters zugerechnet werden können." Uns drängt sich zunächst die Frage auf, wie der Autor zu dieser Auffassung gelangt ist. Dass er als Psychiater an die Neurasthenie mit psychiatrischer Denkweise herantritt, ist naturlich in keiner Weise befremdlich. Für Denjenigen, der beständig eine Anzahl von Fällen von schwerer Melancholie, von Paranoia und Paralyse vor den Augen hat, mag die Neurasthenie mit ihren mannigfaltigen, aber speciell auf psychischem Gebiete doch im Vergleich zu den ausgebildeten Psychosen nur bescheidenen Störungen etwas Unfertiges repräsentiren Nous autres dagegen, denen das Milieu eine derartige Betrachtungsweise weniger nahe legt, wir mussen uns fragen, warum sollen die Cephalea, der Schmerz, die nervöse Dyspepsie, die Herzzufälle etc. des Neurasthenikers etwas Unfertiges darstellen? Für den Patienten, welcher diese Beschwerden zu ertragen hat, sind dieselben ausgebildet genug, und ein Vergleich mit den nämlichen Störungen anderer Provenienz zeigt, dass sie denselben an Intensität vielfach nicht zurückstehen. Indessen kann die psychiatrische Denkweise allein keine Erklärung für die Behauptung B.'s liefern, dass die Neurasthenie sich vielfach durch weitere Entwicklung einzelner Symptome zu scharf ausgeprägten Nerven- und Geisteskrankheiten ausgestalten soll. Diese Aufstellung mag, soweit die Geisteskrankheiten in Betracht kommen, ihren Grund zum Theil in Besonderheiten des Krankenmateriales haben, an welchem der Verfasser seine Erfahrungen sammelte, d. h. in dem Umstande, dass unter den von ihm beobachteten Fällen von Neurasthenie solche schwereren Kalibers mit besonderer Ausprägung der psychopathischen Erscheinungen zahlreicher vertreten waren, als es der durchschnittlichen Mischung der Fälle entspricht, wie sie wenigstens die in den Grossstädten practicirenden Nervenärzte und die Leiter von Anstalten Wenn daher auch die in ihrem Beobachtungskreise gewöhnlich finden. Anschauung B.'s bezüglich der Häufigkeit des Ueberganges der Neurasthenie in Psychosen sich auf dessen eigene Erfahrungen stützt, so hat sie dennoch auf die allgemeine Anerkennung keinen Anspruch. Ref. kann hier zunächst davon absehen, auf seine eigenen Erfahrungen zu verweisen; v. Hösslin bemerkt*): "Die Gefahr des Uebergangs in eine wirkliche Psychose ist aber im Allgemeinen keine grosse, wenn von vornherein lediglich neurasthenische Symptome vorhanden waren und nicht Zeichen psychischer Erkrankung nur fälschlich für neurasthenische angesehen wurden." Bezüglich des behaupteten

^{*)} Müller's Handbuch der Neurasthenie 1893, S. 198.

Uebergangs der echten Neurasthenie in andere scharf ausgeprägte Nervenkrankheiten durch Weiterentwicklung einzelner Symptome bleibt uns jedoch der Autor den Beweis' schuldig; hierüber findet sich auch sonst keine beweiskräftige Angabe.*)

In der speciellen Aetiologie, die im Ganzen ein treffliches Capitel bildet, sind einzelne Momente entschieden zu wenig berücksichtigt, so namentlich das Trauma und die sexuellen Schädlichkeiten. Von letzteren ist eine der wichtigsten, der Congress. interruptus, nicht einmal erwähnt. In der Symptomatologie legt der Autor das Hauptgewicht auf den eigenartigen Geistes- und Gemüthszustand der Leidenden einschliesslich der Schlafstörungen.

Von klinischen Varietäten der Neurasthenie unterscheidet B. folgende:

1. Die Neurasthenie mit vorwaltend psychischen (affectiven und intellectuellen) Störungen: a) die hereditäre Form der Neurasthenie, b) die erworbene intellectuelle Erschöpfung, c) die hyperalgetische Form; 2. die motorische Form der Neurasthenie; a) mit vorwiegend irritativen Symptomen, b) die paretische Form; 3. die dyspeptische, 4. die angioneurotische, 5. die sexuelle Form der Neurasthenie.

In dem Capitel Diagnose erklärt sich der Autor mit Recht mit der Charcot'schen Beschränkung der Cardinalsymptome nicht einverstanden, sofern nach seiner Ansicht neben den dyspeptischen und sexuellen Störungen die angioneurotischen zu den Hauptsymptomen zu zählen sind; für fast unmöglich hält er es, die sogenannte kleine Hysterie, welcher die interparoxystischen, hysterischen Cardinalsymptome (ausgeprägte hysterische Sensibilitätsstörungen, Gesichtsfeldveränderungen, permanente Lähmungen und Contracturen u. s. w.) fehlen, von der Neurasthenie des weiblichen Geschlechtes zu trennen. "Finden sich keine hysterischen Paroxysmen, zeigt der geistige Zustand der Kranken nicht jene tiefgreifende affective und intellectuelle Veränderung der Hysterischen, so haben wir nach meiner Ueberzeugung kein Recht, überhaupt von Hysterie zu sprechen, selbst wenn die schwersten Reiz- und Schwächesymptome auf den verschiedensten Gebieten der Nerventhätigkeit vorhanden sind." Der Autor befindet sich bezuglich des Begriffes der kleinen Hysterie offenbar in einer gewissen Unklarheit. Die Unterscheidung einer grossen und kleinen Hysterie rührt von den Franzosen (der Schule der Salpetrière) her und bezieht sich wesentlich auf die Art der Anfälle. Der grossen Hysterie gehören die vollständigen hystero-eplileptischen Attaquen und deren Aequivalente, der kleinen unsere gewöhnlichen hysterischen Anfälle an; bezüglich der übrigen Symptome lässt sich begreiflicherweise eine derartige Unterscheidung nicht treffes. Nach der Auffassung B.'s müssten wir eine Reihe anerkannter hysterischer Erscheinungen, Arthralgien, clonische Krämpfe, hysterische Chorea, Spasmus glottidis, viscerale Störungen wie Anurie, Oligurie, Tympanitis etc. bei

^{*)} Die Annahme welche B. bei den Fällen von Paralyse mit neurasthenischem Vorstadium für berechtigt hält, dass die functionelle Erschöpfung schliesslich meiner irreparablen mit fortschreitendem Zerfall des functionstragenden Nervengewebes verbundenen Erkrankung des Nervensystems geführt hat, können wir, weil sie ebez lediglich eine Annahme ist, mit welcher B. ziemlich isolirt bleiben dürfte, natürlich ausser Betracht lassen

Frauen unter Umständen der Neurasthenie zuweisen, womit wohl die Unhaltbarkeit dieser Ansicht dargelegt ist. Bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Tabes und Neurasthenie nimmt der Autor Anlass, auf die sogenannten objectiven Zeichen der Nenrasthenie kurz einzugehen, welche besonders von Löwe nfeld betont worden sind. Nach einer Aufzählung der Symptome, welche Ref. hieher rechnet, bemerkt der Autor, es könne keine Rede davon sein, dass diese Symptome ein für die Neurasthenie pathognomonisches Gepräge besitzen, und er fährt fort: "Wenn also mit der Aufstellung dieser objectiven Zeichen der Neurasthenie gesagt werden soll, dass ihre Anwesenheit die Diagnose sichert, so wird man einer solchen Darstellung nicht beipflichten können. Mindestens ebenso wichtig, wie diese genannten Zeichen, ist der psychische Habitus der Kranken, die innige Wechselbeziehung zwischen den psychischen und nervösen Erscheinungen, vor Allem aber auch der Verlauf des Leidens. Und wenn wir speciell auf die differentielle Diagnose zwischen organischer und functioneller Erkrankung des Nervensystems unser Augenmerk richten, so werden wir nicht aus der Anwesenheit dieser objectiven Zeichen, sondern ausschliesslich aus der Abwesenheit der mit der organischen Erkrankung unweigerlich verknüpften Ausfallssymptome die Diagnose der Neurasthenie sichern können."

Dieser Passus und speciell der erste Satz desselben ist eine Leistung ganz eigener Art, die wir näher zu characterisiren nicht unterlassen können. Durch die Bemerkungen B.'s soll wohl angedeutet werden, dass Ref. die von ihm als "objective Zeichen der Neurasthenie" benaunten und zusammengestellten Erscheinungen zu pathognomischen Symptomen stempeln wollte. Eine derartige Auffassung lag jedoch dem Ref. vollständig ferne, and die Ausführungen desselben sowohl in seiner Arbeit über die objectiven Zeichen der Neurasthenie als in seiner späteren Gesammtdarstellung der Neurasthenie (Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie) lassen hierüber auch nicht den geringsten Zweifel. In letzterer hat sich Ref. dahin ausgesprochen, dass irgend ein für die Neurasthenie pathognomonisches Symptom bisher überhaupt nicht ermittelt ist und die Diagnose derselben im Allgemeinen mehr auf den Mangel gewisser Erscheinungen als auf die vorhandenen Symptome sich zu stützen hat. Er hat dann weiter an beiden Orten den objectiven Zeichen der Neurasthenie im Gegensatz zu den subjectiven Symptomen lediglich in jenen Fällen eine besondere diagnostische Bedentung zugesprochen, in welchen die Möglichkeit einer Simulation vorliegt. Was sollen wir bei einem Arbeiter, der nach einem Unfalle über anscheinend neurasthenische Beschwerden klagt und eine Rente beansprucht, diagnostisch mit dem psychischen Habitus, der innigen Wechselbeziehung zwischen den psychischen und nervösen Erscheinungen und dem Verlaufe des Leidens machen, wenn die Angaben des zu Untersuchenden über vorhandene subjective Symptome vielleicht lediglich auf Erfindung beruhen? Die objectiven Zeichen können in derartigen Fällen thatsächlich die sonst zweifelhafte oder unmögliche Diagnose der Neurasthenie sichern oder ihr wenigstens eine gewisse Stütze verleihen.

Wenn der Autor, wie aus dem Angeführten erhellt, um den Anschein überlegener Erkenntniss zu erwecken, keinen Anstand nimmt, einem Vor-

gänger auf seinem Arbeitsgebiete einen Irrthum zu insinuiren, der diesem vollkommen ferne lag, so ist dies - wir können dies leider nicht verhehlen - lediglich der Ausfluss eines Geistes, der auch in manchen anderen Aeusserungen des Autors sich offenbart. So sei hier nur erwähnt, dass B. in der ersten Vorlesung anscheinend als einen der wissenschaftlichen Grunde, welche ihn zu seiner Publication bestimmten, den Umstand anführt, dass die sogenannten grossen functionellen Neurosen und Psychosen eine reiche Bearbeitung erfahren haben, während das Gebiet der kleinen und kleinsten Neurosen, i. e. die Neurasthenie "bei uns in Deutschland auf klinischer Basis und unter allgemeineren die Krankheitserscheinungen zusammenfassenden Gesichtspunkten noch weniger behandelt worden" ist. Thatsächlich sind jedoch über Neurasthenie in den letzten Jahren 3 grössere deutsche Arbeiten erschienen, von den zahlreichen kleineren Schriften gar nicht zu reden, während über Hysterie in Deutschland seit vielen Jahren nur eine grössere Arbeit (von dem Ref.), über Epilepsie seit vielen Jahren überhaupt keine monographische Bearbeitung veröffentlicht wurde. wird nicht umhin können, derartigen Angaben in einem Werke, in dem trotz grösster Breite der Darstellung jede Litteraturübersicht, jedenfalls nicht ganz zufällig, mangelt, eine gewisse Absicht zuzuschreiben, die man nicht als geradezu löblich bezeichnen kann.

Durch vorstehende Ausstellungen, die sich noch um manche vermehren liessen, wird jedoch der Gesammtwerth des Buches nicht berührt, das auf selbstständiger Beobachtung und eingehendem Studium des Gegenstandes fussend, nicht minder als Levillain's nachher zu besprechendes Werk Zeugniss davon ablegt, dass auf dem Gebiete der Neurasthenie sich für ernste Forschung noch immer ein reiches Feld findet. Wenn in der Aetiologie manche Momente zu durftig, andere wieder mit übermässiger Breite behandelt sind, so finden wir dagegen in der Symptomatologie eine gleichmässig sorgfältige und erschöpfende Darstellung der hieher gehörigen Krankheitserscheinungen, in deren Deutung man dem Autor allerdings nicht allenthalben beinflichten kann. Auch der der Therapie gewidmete Abschnitt, in welchem der Verfasser seine reiche Erfahrung unter Berücksichtigung aller wichtigeren Heilfactoren verwerthet, verdient volle Anerkennung. Besonders eingehend sind hier das Mitchell-Playfair'sche Verfahren und die Psychotherapie berücksichtigt; bezüglich letzterer ist bemerkenswerth, dass B. die Hypnose bei der Behandlung der Neurasthenie für entbehrlich erachtet. In den Text sind zahlreiche erläuternde Krankengeschichten eingeschaltet, von welchen manche nicht des besonderen Interesses entbehren. L. Löwenfeld.

Der Autor hat sohon vor Jahren eine Abhandlung über Neurasthenie veröffentlicht, in welcher wesentlich die Ansichten seines Lehrers Charcot

XLV) F. Levillain: Essais de Neurologie clinique, Neurasthénie de Beard et Etats neurasthéniformes. — Statistique bisannuelle 1893—95, avec observations résumées, recueillies à l'Etablissement hydrothérapique de Nice. — Les Procédés neurothérapiques (Hydrothérapie, Electrothérapie, Kinésithérapie, Pharmacothérapie, Psychothérapie) dans les Etablissements dits hydrothérapiques en France et à l'étranger.

(Paris, A. Malaine, 1896.)

zum Ausdruck gelangten. In dem vorliegenden Werke berichtet L. in der Hauptsache über persönliche Erfahrungen und die Anschauungen. welche er auf Grund derselben gewonnen hat, und seine Mittheilungen sind in mehrfacher Hinsicht verdienstlich. In dem ersten klinischen Theile der Arbeit bemüht sich L., von dem Krankheitsbilde der Neurasthenie im Be ard-Charcot'schen Sinne eine Reihe von Zuständen abzutrennen, welche man bisher zumeist der Neurasthenie zuwies, theils wegen der Aehulichkeit der Erscheinungen, theils wegen mangelnder Zugehörigkeit derselben zu einem anderen anerkannten nosologischen Typus. Einleitend skizzirt L. in dem ersten Capitel ("die echten Neurastheniker Beard's Typus") in kurzen Umrissen seine Ansichten über die Aetiologie und Symptomatologie der echten, i. e. primären und einfachen Neurasthenie (Neurasthenieneurose).

Die häufigsten und wichtigsten Ursachen der Neurasthenie, deren Wirksamkeit von keiner Disposition abhängt, bilden nach L. emotionelle Schädlichkeiten und intellectuelle Ueberanstrengung; die übrigen ätiologischen Momente (Traumatismen, Infectionskrankheiten, Intoxicationen, Erkrankungen innerer Organe etc.) führen nur bei Bestehen einer neuropathischen Anlage zur Neurasthenie. Bezüglich der Symptomatologie huldigt L. noch im Wesentlichen der Charcot'schen Lehre, indem er als Cardinalsymptome des Leidens psychische Asthenie, Cephalea, einen Geisteszustand, der durch Depressions- und Erregungserscheinungen characterisirt ist, Schlafmangel, gastro-intestinale Störungen, Muskelschwäche und Rhachialgie anführt, die übrigen Symptome dagegen als secundärer Natur betrachtet. Anschliessend wird eine Reihe von Fällen der leichten (formes frustes) wie der vollständigen Formen der Neurasthenie mitgetheilt.

Capitel II beschäftigt sich mit einer psychopathischen Varietät der Neurasthenie und mit den Beziehungen der Neurasthenie zur Melancholie und Hypochondrie. Der Verfasser bemerkt hier, dass der klinische Typus der einfachen und reinen Neurasthenie mit den Psychosen, speciell der Melancholie und Hypochondrie nichts zu thun hat, die psychopathischen Formen der Neurasthenie dagegen fliessende Uebergänge von der einen Gruppe zur anderen liefern. Die variété psychopathique der Neurasthenie, welche L. unterscheidet, fällt nicht völlig mit der von anderen Autoren als psychische Neurasthenie bezeichneten Form hereditärer Neurasthenie zusammen, sondern lediglich mit jener Variante derselben, bei welcher die hypochondrische oder hypochondrisch-melancholische Verstimmung in ganz besonderem Maasse ausgeprägt sich findet. Capitel III, welches die Ueberschrift "die falschen Neurastheniker" trägt, bildet den in practischer wie wissenschaftlicher Beziehung bedeutsamsten Abschnitt des Werkes. L. bespricht hier zunächst eine Reihe von Zuständen, welche zumeist als neurasthenische diagnosticirt werden, nach der Auffassung L.'s dagegen mehr neurastheniforme als wirklich neurasthenische Störungen umfassen, welche in den betreffenden Fällen von visceralen Läsionen oder Störungen oder Stoffwechselanomalien abhängen (Erkrankungen des Verdauungsapparates, Dyspepsie, Sexualleiden bei Frauen, Affectionen des Herzens oder der Gefasse, Arthritismus und Diabetes etc.)*). Diese secundaren neurastheni-

^{*)} Sie entwickeln sich auch, wie mehrere von Rigal dem Verfasser mitgetheilte Beobachtungen zeigen, unter dem Einflusse des Morbus Brigthii. Hier

formen Zustände oder Pseudoneurasthenien entwickeln sich allmählig unter dem Einflusse der in Frage stehenden primären Krankheitszustände, gehen mit ihnen Hand in Hand und gelangen zur Besserung oder Heilung nur sofern die primären ursächlichen Leiden der Besserung oder Heilung zugänglich sind. An die secundären neurastheniformen Zustände reiht der Autor eine weitere sehr wichtige Gruppe, die "präorganischen Pseudoneurasthenien gehen zuweilen Anstossentwickeln sollen. Diese Pseudoneurasthenien gehen zuweilen kürzer oder länger einer Tuberculose, einem Leber- oder Magenkrebs, einer progressiven Paralyse, die sich noch durch keine sicheren Zeichen kundgeben, oder anderen Psychosen (Hypochondrie, Melancholie) vorher.

Leider sind, wie L. gesteht. die vorliegenden Erfahrungen noch nicht ausreichend zur sicheren Diagnose dieser prodromalen neurastheniformen Zustände und ihrer weiteren Gestaltung. Vorläufig glaubt L. folgende Gesichtspunkte aufstellen zu dürfen; 1. Es handelt sich mehr um einen neurastheniformen als neurasthenischen Zustand, der sich spontan, ohne bekannte Ursache entwickelt. 2. Man findet mit demselben andere dem Beard'schen Typus nicht angehörige Züge vergesellschaftet oder gewisse Symptome vorherrschend, welche deshalb die Aufmerksamkeit erregen und zur Vorsicht mahnen müssen. Besonderes Gewicht legt der Autor auf den Mangel jeder nachweisbaren Ursache und er betont den schon früher ausgesprochenen Satz: Tonte neurasthénie qui vient on ne sait d'où, va on ne sait où. Speciell mit Bezug auf die die progressive Paralyse oft einleitenden neurastheniformen Zustände möchte Ref. hier jedoch nicht unerwähnt lassen, dass für die Diagnose derselben der Mangel eruirbarer atiologischer Momente keineswegs als entscheidend betrachtet werden darf. Wir sehen nicht selten, dass die neurastheniformen Initialstadien der progressiven Paralyse anscheinend wenigstens unter dem Einflusse derselben Schädlichkeiten sich entwickeln (geistige Ueberanstrengung, gemüthliche Erregungen), die in anderen Fällen lediglich zur Neurasthenie führen.

Des Weiteren bespricht der Autor in Capitel III die Beziehungen der Neurasthenie zu den Infectionskrankheiten, indem er die These des Dr. Decroux über dieses Thema einer eingehenden Kritik unterzieht, die Beziehungen der Neurasthenie zur Arteriosklerose unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Régis auf dem Congresse der Irrenärzte und Neurologen in Bordeaux und die These von M. Daroux. Den Schluss des Capitels bildet ein sehr lesenswerther Abschnitt "Neurasthenie und Syphilis", in welchem die Ansichten Fournier's über den Gegenstand und die von Merlier in įseiner These mitgetheilten Beobachtungen einer ausführlichen kritischen Besprechung unterzogen werden.

Aus letzteren geht nach L.'s Auffassuug nicht hervor, dass die Lues direct eine Neurasthenie vom Beard'schen Typus erzeugt; wo es den Au-

handelt es sich nach den Erfahrungen des Ref., der ebenfalls derartige Fälle gesehen hat, um leichtere Grade der Urämie, die ein der Cerebrasthenie ähnliches Bild liefern. Der Kopfschmerz erreicht hier eine Intensität, wie sie bei Neurasthenie nur gans ausnahmsweise beobachtet wird, und zeigt namentlich auch nächtliche Steigerungen.

schein hat, lässt sich die Einwirkung eines moralischen Traumas nachweisen; in anderen Fällen handelt es sich um neurasthenieähnliche Zustände, denen die Infection besondere Züge verschafft, wodurch sie sich von der echten Neurasthenie unterscheiden.

Mit Capitel IV betritt der Verfasser ein recht strittiges Gebiet. Er berichtet hier über eine Reihe von Fällen mit verschiedenen neuropsychopathischen Störungen, "deren Gruppirung und Entwicklung zumeist zu unbestimmt, zuweilen auch zu unvollständig ist, als dass man dieselben nosographisch genauer classificiren könnte." L. sondert seine hierher gehörigen, in der Praxis zumeist noch als Neurasthenie ettiquettirten Beobachtungen in 2 Gruppen: a) Fälle, in welchen neuropathische Störungen mehr oder minder vermengt mit neurasthenischen Erscheinungen vorherrschen; b) Fälle, in welchen die psychopathischen Störungen prädominiren, zuweilen vergesellschaftet mit neurasthenischen und hysterischen Symptomen, zum Theil aber auch frei von jeder solchen Association und dann zumeist den episodischen hereditären Syndromen der psychischen Degeneration zugehörig.

Was L. in der ersten Gruppe vereinigt, sind Fälle mit sehr verschiedenartigen zum Theil nicht genauer classificirbaren nervösen Erscheinungen (Gastralgie, Cephalea, Neuralgien, Parästhesien, Vertigo etc.), Fälle, welche zum grössten Theil jedenfalls auf die Bezeichnung Neurasthenie keinen Anspruch haben. Unter den Symptomen. welche die zweite Gruppe von Beobachtungen darbietet, prädominiren einfache Angstzustände, Phobien, Zwangsvorstellungen und andere Zwangsphänomene. Einzelne dieser Fälle gehören der von den Autoren (auch dem Ref.) bisher als psychische bezeichneten Form der hereditären Neurasthenie an, sofern in denselben mit Phobien und Zwangsvorstellungen verschiedene neurasthenische Störungen verknupft sind, andere der Angstneurose im Sinne des Ref.*) und wieder andere den idiopathischen Zwangszuständen (Maladie du doute avec délire de toucher etc.). Es handelt sich hier also um Affectionen, deren Loslösung von der Neurasthenie zum Theil jedenfalls auf Widerspruch stossen wird und auch manche Bedenken gegen sich hat, zum Theil dagegen auch von anderer Seite bereits geschehen ist und alsbald auch allgemeine Auerkennung finden dürfte. In Capitel V und VI wird über eine Reihe von Fällen von Hysterie und verschiedenen anderen Krankheiten des Nervensystems (Epilepsie, Morbus Basedowii, multiple Sklerose, Tabes etc.) berichtet.

Der 2 Hauptabschnitt des Buches behandelt die neurotherapeutischen Verfahren in den Wasserheilanstalten Frankreichs und des Auslandes. L. hat auf Veranlassung der französischen Regierung vor einigen Jahren eine Studienreise unternommen, um die Einrichtungen der Wasserheilanstalten in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz kennen zu lernen. Der Abschnitt enthält ein Verzeichniss dieser Anstalten, von welchen L. die bedeutendsten zum grössten Theile persönlich in Augenschein genommen hat und Lage und Einrichtung auf Grund seiner Wahrnehmungen kurz skizzirt. Daran schliesst sich eine Uebersicht über die hydrotherapeutischen Etablissements in Frankreich und ein Verzeichniss der Nervenheilanstalten Deutsch-

^{*)} Vergl. eine demnächst zur Veröffentlichung gelangende Arbeit des Ref. über neurotische Angatzustände.

lands, Oesterreichs und der Schweiz an. Ein besonderer grosser Abschnitt ist der Kneipp'schen Methode und den Kneipp'schen Wasserheilanstalten gewidmet. L. hat auf seiner Reise eine ganze Woche daran gewendet, in Wörishofen selbst den Zauber der Kneipp'schen Methode zu studiren, den Consultationen des Pfarrers anzuwohnen und sich über die therapeutischen Erfolge, die dort erzielt werden, zu informiren. Die Schilderung seiner eigenen Erlebnisse in Wörishofen und des dortigen Kurlebens liest sich wie ein Capitel eines spannenden Romans und bleibt auch an Esprit und fesselnder Lebendigkeit nicht hinter den besten vergleichbaren Darstellungen der neueren französischen Romanlitteratur zurück. Und was ist der Gesammteindruck, den der Autor von Kneipp und der ganzen Herrlichkeit in Wörishofen empfangen hat?: "Kneipp hat nichts Neues erfunden und kann nur als unwissender Heiler (guerisseur) betrachtet werden, ähnlich wie der Zuave Jacob, Vater Misère und so manche Andere, die weniger Zulauf haben, weil sie weniger Lärm von sich machen."

"Es giebt keine Kneipp'sche Methode, auch kein Kneipp'sches System, abgesehen von dem System der Kneippsandalen, Strümpfe, Leinwand, Cigarren etc." In Summa nach Shakespeare: Viel Lärm um nichts.

In dem 2. Capitel dieses Hauptabschnittes geht der Verfasser erst des Näheren auf die verschiedenen in den Wasserheilanstalten getibten Heilverfahren, Hydrotherapie, Electrotherapie, Massage und Heilgymuastik, Psycho-Am Ausführlichsten wird die Hydrotherapie besprochen, therapie ein. welche in den speciell für die Behandlung von Nervenkrankheiten bestimmten französischen Etablissements hydrothérapjques unter den physikalischen Heilmethoden die erste Stelle einnimmt. L. übt, man kann wohl sagen selbstverständlich, französische Hydrotherapie, d. h. die Grundlage seines hydriatischen Verfahrens bilden die Douchen - Percussionshydrotherapie nach L. - und zwar kalte und kurze und schottische Douchen mit oder ohne Uebergang, während die Grundlage der deutschen Hydrotherapie, wie er fand, das Halbbad und die feuchte Einpackung darstellen. Aus der Schilderung seiner Behandlungsmethode bei den verschiedenen Neurosen und organischen Erkrankungen des Nervensystems geht jedoch hervor, dass L. bezuglich der hydriatischen Behandlung keinem Exclusivismus hingiebt, sondern in Fällen, in welchen Douchen voraussichtlich nicht gut ertragen werden, die in Deutschland mehr gebräuchlichen Proceduren, feuchte Abreibungen, Halbbäder etc. in Anwendung zieht.

Wir können nur wünschen, dass L.'s Buch seitens der allgemeinen Practiker wie der engeren Fachgenossen die wohlverdiente Beschtung findet. L. Löwenfeld.

XLVI) P. Ranschburg und L. Majós (Budapest): Neue Beiträge sur Psychologie des hysterischen Geisteszustandes. (131 S. 80. Leipzig und Wien, F. Deuticke Preis 2,50 Mk)

Die Schrift enthält 1. einen von beiden Autoren verfassten "einleitenden und experimentellen Theil"; 2. "Studien über das normale und hysterische Bewusstsein" von Ranschburg; 3. eine Abhandlung: "Die hysterischen Amnesieen" von Majos. Die beiden letzten Abhandlungen sind gleichzeitig in Heft 2 und 3 des XV. Bandes der Jahrbücher für

Psychiatrie und Neurologie erschienen und werden in dieser Zeitschrift an anderer Stelle referirt.

Der erste Theil beschäftigt sich referirend und nachprüfend mit der Janet'schen Theorie der hysterischen Anästhesie; die eigenen Ermittelungen der Autoren beziehen sich besonders auf die Veränderlichkeit und das widerspruchsvolle Verhalten der hysterischen Anästhesieen, dessen Vorkommen sie bestätigen, und zwar meist für Regionen der linken Körper-Verändert wirkten in ihren Untersuchungen auf die A.: Hysterische Anfälle, Schlaf, electrische Ströme, Magneten, hypnotische Suggestion. Eingehendsten werden die sogenannten unbewussten Empfindungen entwickelter Falle von Hysterie, u. z. bei cutaner und bei sensorischer Anästhesie behandelt; das Wesentliche dieser Versuche ist, dass Reizung der anästhetischen Sinnesfläche zwar keine Empfindung auslöst, jedoch einen undefinirbaren Process, der als associatives Mittelglied eine suggerirte Vorstellung zur Reproduction bringt. Es handelt sich also um das auch aus der normalen Psychologie bekannte Phänomen der Association durch unbewusste Mittelglieder. (Ref.) Ein Eingehen auf dieses normale Phänomen würde die Autoren, welche die psychologische Analyse der Hysterie nicht ganz mit der vollen Eleganz handhaben, mit welcher Janet seine elastische Waffe führt, in den weiteren Theilen der Arbeit vielleicht etwas positiver auftreten lassen. Jedenfalls ist es erfreulich, dass sie den richtigen Weg zur Analyse anscheinend elementarer Functionsstörungen bei Hysterischen betreten haben. Kurella.

XLVII) Oswald Knauer: Ueber puerperale Psychosen. (Für practische Aerzte.)

(Eerlin 1897. Preis 180 Mk.)

K. folgt in seiner Arbeit, der A. Martin einige empfehlende Worte mit auf den Weg gegeben hat, der von Olshaus en eingeführten Eintheilung der puerperalen Psychosen in Infectionspsychosen, idiopathische Psychosen und Intoxicationspsychosen nach Eclampsie oder Urämie. Dieses Eintheilungsprineip wird in der Einleitung kurz motivitt. Im Uebrigen enthält die Arbeit fast nur z. T. sehr kurz skizzirte Krankengeschichten, deren Beweiskraft mehrfach recht problematisch erscheint; es sei hier nur auf Fall 7 der I. Gruppe verwiesen. Auch in Fall 9 ist der Zusammenhang von Intoxication und Psychose wenig deutlich, die Angaben dabei zu dürftig. Die zweite Gruppe enthält bei 71 Krankengeschichten ebenfalls zahlreiche Fälle, über deren Zugehörigkeit man im Zweifel sein dürfte, z. B. Fall 12 oder Fall 58, während andere so kurz gegeben sind, dass der Psychiater sich kaum ein richtiges Bild vom Verlaufe machen kann.

Zwei Fälle illustriren die letzte Gruppe, sie blieben ungeheilt. Der Verfasser hebt in seinen Tabellen und Schlusssätzen die Bedeutung der Heredität (60°|0) und die Häufigkeit der puerperalen Psychosen besonders hervor. Es mag noch erwähnt werden, dass K. unter 660 Fällen nur 3 reine Man'en fand. Die Litteraturangaben sind auf das geringste Maass beschränkt; wer diese sucht, thut besser, die eingehende Arbeit von Hoppe (Archiv für Psych., XXV. Bd. 1893) zu Rathe zu ziehen.

Pollitz (Brieg).



XLVIII) Prof. E. Siemerling: Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. (Sonderabdruck aus der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin u. s. w.)

(Berlin 1897. Preis 4 Mk.)

Die Sammlung gerichtlicher Gutachten, die S. zuerst in der Viertel jahrsschrift für gerichtliche Medicin veröffentlicht hat, umfasst 12 Fälle aus dem reichen Material der Charité, die sowohl durch die einzelnen Krankheitsbilder wie durch die Darstellung das besondere Interesse der Irrenärzte und vorzüglich der Gerichtsärzte verdiegen -- Die I. Gruppe enthält 4 Fälle, in denen eine Geistesstörung im Sinne des § 51 des St.-G.-B. nicht nachweisbar war; hier ist Fall Nr. IV vielleicht am Bemerkenswerthesten: ein alter, bereits mit vielen Jahren Zuchthaus bestrafter Verbrecher simulirte Geistesstörung (religiöse Verrücktheit), geht aber in der Darstellung seines Schwachsinns in thörichter Weise weit über das Ziel hinaus. In den 3 übrigen Fällen handelt es sich um Störungen nervöser Natur zum Theil schwererer Art: es sei hier nur auf Beobachtung Nr. 3 verwiesen (zur Zeit der Beobachtung Geistesstörung, zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung nicht nachweisbar). - Die II. Gruppe entbält ausschliesslich Fälle von chronischer Verrücktheit. Unter diesen bietet das VI. Gutachten viel Lehrreiches: es handelt sich um chronische Verrücktheit mit secundarem Schwachsinn bei einem viel bestraften (Raub. Einbruch, Diebstahl) Verbrecher, der jedoch zweifellos noch simulirte. Das Gutachten hebt sehr treffend hervor, dass es sich dabei "um die eingewurzelte Gewohnheit des Litgens und Lengnens handelt, die diesen Verbrechern so zur anderen Natur geworden ist, dass sie begreiflicher Weise auch in der Geisteskrankteit mehr weniger hervortritt." Es ist daher schwer zu entscheiden, "ob es sich bei den Aeusserungen des p. F. um wirkliche Wahnvorstellungen oder um freie, bewusste oder halbbewusste Erfindung handelt." Die 7. Beobachtung giebt ein höchst umfangreiches Gutachten über einen originär hallucinatorisch Verrückten, der sich selbst wegen Meineids und Vatermordes denuncirte. Gutachten 8: Mord der Ehefrau durch den stark hereditär belasteten, chronisch (religiös) verrückten Ehemann, dessen Krankheit sich auf der Basis eines von Jugend auf bestehenden Schwachsinns entwickelt hatte. Gutachten 9: Mordversuch auf die Ehefrau. Eifersuchtswahn, kein Alcoholismus. So viel des Interessanten noch Fall 10 und besonders 11 bietet, so sei nur noch mit einigen Worten Gutachten 12 erwähnt, in dem es sich um einen Sonderling handelt der sich durch auffallende und thörichte Bilder- und Bücherdiebstähle strafbar gemacht hatte. Der vorbegutachtende Gerichtsarzt hatte ihn für einen Simulanten erklärt. Die energische Abfertigung, die dieser ganz unhaltbaren Auffassung zu Theil wird, mag man mit der Darstellung des interessanten Krankheitsfalles im Original nachlesen. Pollitz (Brieg).

XLIX) Hitzig: Die Kostordnung der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle-Wittenberg. (Für Aerzte und Verwaltungsbeamte.)

(Jena 1897. Preis 6 Mk.)

Ein weitgehendes Entgegenkommen der Behörden ermöglichte H., eine Kostordnung für die Irrenklinik aufzustellen, die bei aller Wohlfeilheit allen hygienischen und practischen Anforderungen genügt. Die Ergebnisse

zahlreicher Untersuchungen und langjähriger Erfahrungen, auf Grund deren die Beköstigung zusammengestellt ist, nebst den vollständigen Bespeisungsregistern liegt als 1. Heft des VI. Bandes des klinischen Jahrbuches vor. Die Autoren weisen in der Einleitung auf die bisherigen Untersuchungsmethoden von Voit, Prausnitz u. A. und deren Fehlerquellen hin. Die Aufgabe lief im Wesentlichen auf die Beschaffung einer billigen Allgemeinkost für 105 wenig beschäftigte - meist ruhende - Kranke und Wärter heraus. Neben diesen treten die anderen Betheiligten zurück, die Krankenkost ist nur am Schluss in Tabellen dargestellt. Unter keinen Umständen können die Ergebnisse also auf andere Verbältnisse kritiklos übertragen werden; dies wird (p. 12) besorders betont, "da den verschiedenen Personen, welche bei der Aufstellung von Kostordungen mitzuwirken haben, häufig eine gründliche, ja sogar die oberflächlichste Kenntniss der dabei in Betracht kommenden physiologischen Kenntnisse abgeht." - H. bespricht sodann, nach einer kurzen Erörterung der Physiologie der Ernährung, die Versorgung mit Brot, für die er Darreichung von Weiss- (125,0 g) und Schwarzbrot mit Rücksicht auf die leichtere Verdaulichkeit des ersteren empfiehlt. Genan controllirte Untersuchungen über den Schwarzbrotverbrauch ergaben, dass derselbe beim Personal zwischen 1,900 und 4,08 Kilo pro Woche schwankte. Es zeigte sich am zweckmässigsten und billigsten, für die ganze Abtheilung gemeinschaftlich unbeschränkte Brotmengen zu verabreichen. Nächst der Beköstigung mit Kartoffeln, bei denen ein Schälverlust von ca. 45% zu beachten ist, war die Beschaffung einer ausreichenden Fleischnahrung die schwierigste und wichtigste Aufgabe. Die Abgänge, die bei der Verrechnung des Fleisches auf seinen Nährgehalt, durch Knochenbeilagen, Fett, beim Kochen und Braten zu berücksichtigen sind, werden durch eine Reihe Tabellen, höchst übersichtlich dargestellt; sie betragen je nach der Fleischsorte bis 600|0. Wenn nun auch das Stickstoffgleichgewicht mit geringen Mengen animalischen Eiweisses zu erreichen ist, so ist mit Rücksicht auf die leichtere Verdaulichkeit desselben eher eine Vermehrung über das Eiweissminimum zu erstreben, um den Kranken nicht "auf seinem habituellen minderwerthigen Ernährungszustande zu erhalten" (p. 52). Aus den beigegebenen Speisezetteln geht hervor, dass den Kranken täglich Fleisch gereicht wird, Abends meist Suppe; auf die Verabreichung von Käse wird auffälliger Weise meist verzichtet. Das Ergebniss ist sehr gunstig: pro Kopf und Tag 110,2 g Eiweiss, 85,619 Fett, 325,36 Kohlenhydrate*) bei einem Durchschnittspreise von ca. 62 Pfg. Die beigefügten luxuriösen Etats der Aerzte, der I. und II. Klasse werden schlesische Austaltsärzte nicht ohne einen Anflug von Neid lesen. Pollitz (Brieg).

L) M. Tippel: Leitfaden zum Unterricht in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken.

(Berlin b. Georg Reimer, Pr 1 Mk. 60 Seiten.)

T.'s Leitfaden ist allerdings in erster Linie für den Unterricht von Diakonissen berechnet, aber er wird zweifellos Dank der trofflichen — auch

^{*)} Arbeitende Kranke in Brieg bei vermehrter vegetabilischer Kost 108 Eiweiss' 66,5 Fett, 536 Kohlenbydrat (nach Berechnung des Rendanten Pietsch), also ein bedeutend ungünstigeres Ergebniss.

für weniger Gebildete -- leicht fasslichen Darstellung mit gutem Erfolge weiblichem wie männlichem Anstaltspersonal gegeben werden können. jeder Seite finden wir den wichtigsten Satz der modernen Irrenpflege betont, dass die Geisteskranken Gehirnkranke sind und demgemäss uuter allen Un:ständen human behandelt werden müssen. Die stete Einschärfung dieses Fundamentalsatzes erscheint ungleich wichtiger als die Vorführung aller möglichen Details der eigentlichen Krankenpflege. Es ist nicht der letzte Vorzug des T.'schen Buches, dass es fast gar keine Ausführungen therapeutischen Inhaltes enthält, die das Personal leicht zu thörichten. selbstständigen Eingriffen verleiten. Wie bedenklich jede Abschweifung nach dieser Richtung ist, beweist das Capitel über Entfernung von Fremdkörpern in Augen, Nase, Ohr u. s. w. (p. 52). Die Wärterin, heisst es hier, soll sie liegen lassen, "falls sie nicht sehr leicht zu entfernen sind" (!); es wird dann vor der Anwendung spitzer Instrumente bei den Versuchen zum Entfernen gewarnt. Stumpfe Instrumente sind beim Ohr aber ganz ebenso gefährlich. Am richtigsten ist es aber, wenn das Personal in all' diesen Fällen gar nichts thut. Statt der Abhandlung über Vergiftungen bei denen doch nur der Arzt mit Erfolg eingreifen kann, hätten wir eine eingehendere Darstellung der ersten Hülfe bei Verletzungen der grossen Blutgefässe (p. 53) vorgezogen. Die wichtigsten psychiatrischen Symptome sind auf wenigen Seiten trefflich und klar dargestellt. Sicherlich wird der T.'sche Leitsaden bei den jetzt allgemein üblichen Wärterkursen anch für den Arzt ein gutes Hilfsmittel sein. Pollitz. Brieg.

LI) A. Bosch: Over Syringomyelie.

(Utrechter Dissertation 1896, 87 S. 8°. 1 Tafel.)

Der von B. klinisch und anatomisch genau untersuchte Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass er dem Verfasser Material dazu liefert, die bisher anerkannte Theorie der sensiblen Dissociation bei Syringomyelie anzufechten, und anzunehmen, dieselbe würde nur durch Ausbreitung der Spaltbildung auf die fibræ arcuatæ der Medulla oblongata und durch eine dieser entsprechende Degeneration der gekreuzten medialen Schleife bedingt. Er stützt sich dabei zunächst auf den eigenen, so gestalteten, genau untersuchten Fall und darauf, dass — nach seinen Ermittelungen — in der ganzen Syringomyelie Litteratur bis 1896 kein einziger Beweis für die Behauptung bestände, dass die Wärme-Empfindung durch die graue Substanz fortgeleitet würde, und dass mehrere Fälle von Syringomyelie bekannt sind, wo trotz grosser ausgebreiteter Höhlen in den Hinterhörnern keine Sensibilitätsstörungen constatirt werden konnten, falls nur die Medulla obloder doch ihre fibrae arcuatae und eine oder beide Schleifen in tact blieben.

Ich beschränke mich mit Rücksicht auf den Raum auf diese Angaben über die in ihrem klinischen und pathologisch-anatomischen Theile vortrefflich ausgeführte Arbeit, die von Prof. Winkler angeregt ist.

Karella.

LII) K. Bonhöffer: Seitenstrangerscheinungen bei acuten Psychosen. (Psychiatrische Abhandlungen, herausgegeben von Wernicke, Heft 2. Breslau 1896)

B. macht in dieser sehr lesenswerthen Arbeit auf das bisher nicht beobachtete Vorkommen eines spastischen Symptomencomplexes (also eines Zustandes von Muskelspasmen, verbunden mit Steigerung der Sehnenreflexe) im Verlaufe von acuten Psychosen aufmerksam.

Es handelte sich in seinen Fällen, wie der Verfasser ausführlich und überzeugend darlegt, nicht etwa um Fälle von progressiver Paralyse, bei denen ja das Vorkommen spastischer Erscheinungen eine bekannte Erfahrung ist.

Vielmehr characterisiren sich die beobachteten 4 Fälle als schwere acute Psychosen von im Wesentlichen depressiver Färbung mit durchweg ungünstigem Verlaufe (3 Fälle gingen in Defectzustände aus, einer endete unter raschem Verfall der Körperkräfte und stürmischen motorischen Erscheinungen schnell mit dem Tode).

Der spestische Symptomencomplex bot ganz die Charactere dar, welche wir bei Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahn zu finden gewohnt sind, nämlich eine Verminderung der passiven Beweglichkeit an den Beinen, Steigerung der Sehnenreflexe in Form von Fuss- und Patellarclonus, spastischer Gang.

Diese Symptome traten stets nur vorübergehend im Verlause de Psychose auf und zwar zur Zeit der höchsten Acuität des Krankheits processes, wie sich besonders daran zeigte, dass sie mit dem tiefsten Absinken den Körpergewichtswerth coincidirten. Auch die Hallucinationen angstvollen Inhalts, sowie die motorischen Symptome, welche das ganze Krankheitsbild beherrschen, erreichten stets gleichzeitig mit dem Austreten der spastischen Symptome ihre höchste Intensität.

Besonders machten sich in dieser Zeit pseudospontane Bewegungen im Gebiete der Gesichtsmuskulatur (Grimassiren), sowie ein eigenthümlicher, an Frequenz und Grösse dem alcoholistischen am meisten ähnlicher Tremor constant bemerklich; es scheint dem Verfasser demnach, dass das Auftreten der oben genannten Symptome in Verbindung mit spastischen Erscheinungen den klinischen Hinweis auf einen ungünstigen, zum Defect führenden Verlauf der Psychose abgiebt.

Eine bestimmte theoretische Erklärung für seine Beobachtung will Verfasser jedoch nicht geben; er hält jedoch die Annahme, dass es sich um eine Betheiligung der Pyramidenseitenstrangbahnen, also um ein Uebergreifen des Krankheitsprocesses auf das Projectionssystem haudle, für unwahrscheinlich (der Ausdruck "Seitenstrangserscheinungen" wäre daher wohl besser vermieden worden! Ref.). Verfasser neigt vielmehr zu der Ansicht, dass die in der letzten Zeit vielbesprochene Anschauung von einem antagonistischen Einfluss des Gross- und Kleinhirns auf Tonus und Reflexe zur Erklärung heranzuziehen sei und dass es sich vielleicht um krankhafte Erregungsverhältnisse in den diese beiden Gebiete verbindenden centralen Bahnen handeln könne, "welche das Gleichgewicht des Muskeltonus stören und zu Gunsten des einen der beiden Rindengebiete verändern."

Mann (Breslau).

LIII) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Herausgegeben von Prof. Dr. C. Wernicke und Prof. Dr. Th. Ziehen. (Verlag von S. Karger, Berlin. 1897.)

In Heft 1 und 2 geben in je einem Leitartikel, "Tagesfragen"

überschrieben, die Herausgeber ihr Programm.

Wernicke (Heft 1, Seite 1 5) ist zunächst gesonnen, in der Pathologie des Nervensystems das vorzeitige Schematisiren zu bekämpfen. Für ein solches reichten unsere, an sich nicht geringen, Kenntnisse über den complicirten Bau dieser Maschine nicht aus; der Variablen seien so viele, die das Zustandekommen eines Krankheitsbildes bestimmten.

Geschähe die schematische Eintheilung nur auf Grund einer einzigen Variablen, wie z. B. der Aetiologie, oder, wie bei Magnan, gar nur auf Grund eines einzelnen ätiologischen Factors, der erblichen Veranlagung, so könnten Conflicte des Schemas mit der Wirklichkeit nicht ausbleiben. —

Für W. ist in der Hauptsache das Symptomenbild bestimmt durch Ort und Art der Krankheit, der Verlauf bestimmt durch Art und Aetiologie. Dazu käme als weitere Variable die individuelle Constitution. —

Was noch im Einzelnen den Ort der Krankheit angeht, so "nöthigen die Erfahrungen der Klinik und nur diese zu gewissen Annahmen hinsichtlich der Localisation geistiger Vorgänge"; die Hoffnung, sich über die klinische Beobachtung hinaus zu einer pathologisch anatomischen Begründung der Psychosen zu erheben, beruhe auf den Kenntnissen von der Glia, die wir Weigert, und von den Ganglienzellen, die wir Nissl verdanken.

Soweit der positive Theil des W.'schen Programms, der bei aller Klarheit etwas knapp und zurückhaltend ist. Der negative gipfelt in dem Nachweis, dass von den Lehren Flechsig's, wie von Kirchhoff's, auf diesen Lehren fussendem Versuch einer modernen Localisationslehre der geistigen Störungen, keineswegs ein fördernder Einfluss zu erwarten sei. —

Ziehen (Heft II, Seite 99—101) entwickelt seinen Standpunkt bezüglich der Forschungsweise und Ziele in der Psychiatrie historisch.

Der Umschwung in der Psychologie seit Fechner und Wundt habe zunächst nicht vermocht, die Psychiatrie von dem Banue der alten speculativen Psychologie loszureissen; vielmehr wurde zunächst die Neuropathologie in breitester und intensivster Weise ihr Arbeitsgebiet. Freilich lag die Schuld zum Theil an der Psychologie selbst, die über eine äusserliche Fühlung mit der Hirnanatomie und -physiologie nicht hinauskam.

— Was demnach heute noch fehle, sei die ausgedehnte Nutzbarmachung der physiologischen Psychologie für die Psychiatrie.

Dafür gäbe es nun 2 Wege: einmal die Geschwindigkeitsmessung der psychischen Processe, sowohl der unbeeiuflussten, wie derselben Processe unter zweckmässig variirten Bedingungen. Zweitens aber, und das wäre weit wichtiger, gelte es, die Reaction des psychischen Processes auf verschiedenartige Versuchsbedingungen hin zu studiren.

So dürfte es gelingen, einmal auch tür functionelle Störungen eine Localdiagnose zu stellen, und dass dies zuweilen heute schon möglich ist, dafür will Z. in Kürze an einem bestimmten Falle den Nachweis liefern.

Nebenher weist Verfasser die psychologische Methode der Kräpelinschen Schule als unzweckmässig für psychiatrische Aufgaben zurück.

Abgesehen von der durchaus gerechtfertigten Betonung der Nothwendigkeit psychologischer Forschung innerhalb der Psychiatrie, wird sich aus den entwickelten Programmen dem Unbefangenen wohl kaum der Eindruck eines principiellen Gegensatzes gegenüber der heute üblichen Arbeitsweise im Gebiete des Nervensystems aufdrängen Das gilt für die klinische Boobachtung und anatomische Forschung ebenso wie für die theoretische Ausarbeitung. Thatsachen werden von Allen gesucht und gefunden mit mehr oder weniger objectiver Gewissheit, je nach dem Grade der Selbstkritik des Einzelnen. Die folgerichtige Deutung dieser Thatsachen hängt aber erst recht nicht von einem "Standpunkte ab, sondern einzig von der rein persönlichen mehr oder minder grossen Vorsicht im Denken und ganz besonders von jener logischen und unerbittlichen Consequenz in der Durcharbeitung, wie sie gerade die beiden obigen Verfasser auszeichnet. —

Des "Schematisirens" haben aber gerade die tüchtigsten Denker nie entrathen können; ob es "vorzeitig" war, entscheidet eben die Zeit; ob es logisch oder ob es einseitig war, kann schon die Mitwelt sagen.

Loewenthal (Braunschweig).

LIV) Den Archiven Lombroso's und Garraud's reiht sich nunmehr auch eine deutsche "Zeitschrift für Criminalanthropologie, Gefängnisswissenschaft und Prostitutionswesen" an. Der Herausgeber, Walter Wenge, hat sich sein Ziel recht hoch gestellt; er will jeder Meinung das Wort gönnen, aber unter strenger Sichtung des Werthvollen vom Werthloseu, da er mit Recht eine schwere Schädigung der ganzen Bewegung durch die "milde gesagt eigenthümliche Arbeitsweise" mancher Forscher annimmt. Der Gefängnisswisserschaft sollen Besprechungen über die sociale Stellung der Gefangenen und die Bestrebungen zur Fürsorge für die entlassenen Sträflinge gewidmet werden. Endlich haben A. Neisser und seine Schüler ihre Mitarbeit in der Prostitutionsfrage in Aussicht gestellt.

Von dem ganzen Programm bedarf nur die Zusicherung, "dass die Homosexualität besondere Berücksichtigung finden werde", eines Wortes. Die Frage der sexuellen Psychopathologie ist in den letzten Jahren in einer Weise aufgebauscht worden, die der Bedeutung des ganzen Gegenstandes nicht entspricht, und die nur durch das höchst unerwünschte Interesse der Laienwelt einen solchen Umfang gewinnen konnte. Wer sich dafür interessirt, findet in den zahlreichen, dickbändigen Monographien, denen sich ein im Erscheinen begriffenes vierbändiges Werk Moll's anschliesst, und einer eigenen Zeitschrift (Archivio delle psicopatie sessuali) mehr als hinlänglich Gelegenheit, sein wissenschaftliches Bedürfniss zu befriedigen. Es giebt doch wirklich Fragen von grösserer Wichtigkeit in der Criminalanthropologie und gerichtlichen Psychiatrie, die ernste, allerdings weder so piquante noch so einträgliche Arbeit verlangen. Es wird dem Ansehen der neuen Zeitschritt nur vortheilhaft sein, wenn der Herausgeber der sexuellen Psychopathologie keinen allzu breiten Raum gewähren würde.

Leider ist das erste Heft nicht allzu erfreulich ausgefallen.

1. Der erste Artikel "Lombroso und die Criminalanthropologie von heute" von Paul Näcke-Hubertusburg bringt die schon

oft gelesenen Angriffe des Verfassers auf Lombroso von Neuem. Es ist nicht uninteressant, dass Näcke jetzt dazu gekommen ist, den individuellen Factor (dem socialen gegenüber bei der Entstehung der Verbrechen) für den wichtigeren zu halten", während Lombroso der Darstellung des socialen Factors den grössten Theil seines letzten Werkes (L'uomo delinquente; cause e rimedi. Torino 1897) widmet.

2. Verbrechen und Geisteskrankheit nennt Rudolf Arndt eine kurze Abhandlung, die seine bekannte Darstellung der vesania typica completa enthält. Ueber die psychiatrischen Anschauungen und die Nomenclatur des Verfassers zu streiten, ist an dieser Stelle überflüssig; die Aufassung des citirten Falles dürfte indessen wohl nur von wenigen Fachgenossen getheilt werden. So wenig geneigt ich bin, auf Grund einer unvollständigen Krankengeschichte mir eine Meinung über einen Kranken, den ich nicht gesehen habe, zu bilden, so muss ich doch annehmen, dass der in den 40er Jahren stehende Beamte, der plötzlich nach tadelloser Dienstführung vergesslich, nachlässig wird, die Wirthshäuser stärker besucht, bald verstimmt, bald gereizt und erregt ist und in kurzer Zeit "einen so hohen Grad geistigen Unvermögens" zeigt, dass er nicht mehr weiss, welche Briefe portofrei versandt werden dürfen, welche nicht — dass dieser Kranke paralytisch ist, bis mir das Gegentheil bewiesen wird.

Das Bedenkliche des Aufsatzes liegt aber nicht in der anscheinend unzutreffenden Diagnose. "Wir erkennen", sagt Arndt, "die geistige Erkrankung, das Vorhandensein einer Geisteskrankheit eines Menschen aus den mehr oder minder zahlreichen Verletzungen, die er sich gegen die Natur und vornehmlich seine eigene Natur, sodann aber auch gegen seine Mitmenschen und die Satzungen und Einrichtungen zu Schulden kommen lässt, welche sie sich zum Zwecke eines möglichst vortheilhaften, sicheren und begittekenden Zusammenlebens gegeben haben. Wir erkennen also die Geisteskrankheiten der Menschen an ihren, der letzteren. Verletzungen der Forderungen der Natur und ihrer aus denselben erkannten Gebote durch sie, sowie aus ihren Verstössen gegen Bräuche und Formen, gegen Sitte und Anstand, gegen Recht und Gesetz. Wir erkennen sie also aus der Umgehung oder gar aus dem Bruche und der demnächstigen Verleugnung des Naturgemässen, des einfach Natürlichen, des gesellschaftlich durch Uebereinkommen Gebilligten, Feststehenden, deshalb Herkömmlichen, durch Sitte und Brauch Geheiligten, durch Gesetz Bestehenden und zu gültigem Recht Gewordenen.

Geisteskrankheiten (im Original gesperrt gedruckt) oder auch Geisteskrankheiten überhaupt, werden erkannt aus den Verstössen, Vergehungen, Uebertretungen, Verbrechen, welche die ihnen Verfallenen begehen. Es dürfte

wohl kaum etwas Ernstliches sich dagegen einwenden lassen."

Ich glaube doch. Die unabweisbare Folgerung aus den Auseinandersetzungen ist die, dass jedes Verbrechen, jede vom Standpunkte des Beurtheilers fremde Anschauung, eine geistige Erkrankung ist: diese, so führt auch Arndt aus, ist für jeden Naturforscher, Priester, Krämer, Kleinstädter u. s. w. etwas anderes. In Betracht kommt aber doch nur die Auffassung des Arztes. Dem Arzte aber ist nicht, wie Arndt schreibt, njeder Verstoss, jedes Vergehen, jedes Verbrechen, ja schon eine sogenannte Taktlosigkeit

ein Zeichen, weil ein Ausfluss des ungesunden Geisteslebens eines Menschen und mithin ein Symptom seiner geistigen Schwachheit, Krankhaftigkeit oder auch sehon Krankheit."

"Es ergiebt sich," so fasst Arndt schliesslich seine Ausführungen zusammen, "dass wir Geisteskrankheiten in der That nur an dem ungehörigen Benehmen ihres Trägers, an seinen Verfehlungen, Verstössen, Vergehen und Verbrechen erkennen, dass wir aus den letzteren aber wiederum auch sehr wohl auf eine geistige Störung, eine Geisteskrankheit ihres Urhebers zu schliessen vermögen. Immer? Meinem Ermessen nach, ja!"

Wenn Arndt diese Anschauungen hat, so hätte er sie doch nicht der Laienwelt ohne die besondere Bemerkung übergeben sollen, dass von den Psychiatern wohl nur er selbst sie vertreten will. Eine Geisteskrankheit, das kann nicht scharf genug betont werden, ist eine Erkrankung des Gehirns mit bestimmten gesetzmässigen Erscheinungen, bestimmtem Verlauf, Anfang und Ende; die Diagnose der geistigen Erkrankung stützt sich auf objective, wenn auch nicht immer grob palpable Thatsachen, nicht auf subjektive Empfindungen des Beurtheilers von einer einzelnen auffälligen Handlung. Dadurch gerade, dass er die Diagnose begründen, meist unabbängig von der zu beurtheilenden Strafthat begründen kann, unterscheidet sich der irrenärztliche Sachverständige von dem Laien. Das Publikum, an das sich Arndt wendet, besteht grösstentheils aus Juristen und Verwaltungsbeamten, also aus Laien in der Psychiatrie. Welche Anschauung sie durch den besprochenen Artikel von dem Standpunkte unserer Wissenschaft gewinnen werden, ist naheliegend. Es muss deshalb mit aller Entschiedenheit ausgesprochen werden, dass wir uns lossagen von Ansichten, die den Charakter der Laienhaftigkeit tragen und - gemeingefährlich sind.

III. Die Handschrift der Verbrecher von W. Preyer. Der Verfasser hat sich Neissers Warnung auf dem letzten Psychologenkongress vor "wissenschaftlicher" Verwerthung von "Charaktereigenthumlichkeiten" in der Handschrift nicht allzn sehr zu Herzen genommen. Es ist wohl anzunehmen, dass sobald kein Richter durch Nachweis von Kampfzeichen, Zeichen der Gewinnsucht, Habsucht, Geheimniskrämerei, Sinnlichkeit, Bevorzugung materieller Interessen, Keuschheit, Ehrlichkeit, Wahrheitsliebe u. s. w. u. s. w. in seinem Urtheile sich beeinflussen lassen wird.

IV. Die Prostitutionsfrage in der Litteratur des Jahres 1896 von Münchheimer-Kolberg. Aus der kritischen Uebersicht heben wir hervor, dass die Abolitionisten in ihrem Kampfe um die Aufhebung der polizeilichen Controle im Jahre 1896 kein neues entscheidendes Material beigebracht haben. Raff berichtete über 1253 öffentliche Dirnen der Prostituirtenabtheilung in Breslau, von denen 67.80|0 syphilitisch waren Aus Russland wurde nachgewiesen, dass die Zahl der luetischen Dirnen mit der steigenden Höhe der Taxe der Bordelle abnahm. Die Untersuchung müsse sich monatlich mindestens 1 mal auf die Besichtigung des ganzen Körpers erstrecken, einmal müssten auch die Sekrete mikroskopisch untersucht werden. Endlich wird die officielle Genehmigung von Bordellen befürwortet.

V. Eine Enquête über den Selbstmord. Laupts (Lyon) bittet, um den Selbstmord möglichst umfassend und sorgfältig studieren zu können, um Einsendung statistischen Materials und um Mittheilung der

individuellen Anschauungen über Selbstmord.

VI. Bericht über den 4. internationalen Congress für Criminalanthropologie in Genf von Paul Naecke. Dieser Bericht Naeckes steht mit geringen Aenderungen schon im Neurologischen Centralblatt und der Zeitschrift für die gesammten Strafrechtswissenschaften. Von den folgenden 26 Referaten sind 14 ebenfalls von Naecke verfasst. Mit 1 oder 2 Ausnahmen sind auch diese schon in den verschiedensten Blättern erschienen, so dass ein Autor fünf-, sechsmal das Urtheil Naecke's über sein Werk lesen kann.

Gustav Aschaffenburg.

III. Original-Vereins-Bericht.

I.

Bericht der Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlinvom 18. März 1897.

293) Herr Bödeker und Herr Juliusburger: Anatomischer Befund bei Dementia paralytica.

Bödeker und Juliusburger berichten über 3 Fälle von Dementia paralytica mit bleibenden halbseitigen Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Anatomisch fanden sich Veränderungen der Ganglienzellen und Vermehrung des Stützgewebes der entsprechenden vorderen und hinteren Centralwindung, sowie eine Degeneration (Marchi) der Pyramidenbahn, welche bis in das Rückenmark verfolgt werden konnte.

Der Vortrag wird ausführlich veröffentlicht werden im Neurologischen

Centralblatt.

Discussion.

Flatau fragt an, wie weit die Degeneration in das Rückenmark hinab verfolgt werden konnte.

Juliusburger erwidert, dass die Degenerationen der Pyramidenseitenstrangbahnen noch sehr deutlich in der Lendenanschwellung zu sehen waren, dass dagegen diejenige der Pyramidenvorderstrangbahnen (nur im ersten Fall bis zum Halstheil deutlich zu verfolgen war; in den beiden anderen war sie nicht sehr ausgesprochen.

Moeli erinnert an einen ähnlichen in Dalldorf beobachteten Fall, wo hei einem Paralytiker, der klinisch das Symptom der Aphasie darbot, sich eine Affection des linken Schläfelappens als vollständige Herderkrankung herausstellte. Diese liess sich bis in das Ganglion geniculi interaum verfolgen.

294) Herr Moeli: Zur Pupillenreaction. (Der Vortrag ist inzwischen in der Berliner klinischen Wochenschrift erschienen.)

295) Herr Richter: Fremdkörper im Gehirn. (Nebst Demonstration.) Es handelt sich um einen 30jährigen Mann, welcher 7 Jahre und ca. 5 Monate in seinem Gehirn eine Revolverkugel getragen hat. 1885 befand er sich wegen sinnloser Betrunkenheit einen Tag in der Charité; 1888 hat er schweren Typhus durchgemacht. Der Fall biete nach 3 Richtungen hin Interessantes dar: 1. In forensisch psychiatrischer, 2. localdiagnostischer und 3. chirurgischer Beziehung. Betreffs des ersten Punktes machte der Mann nach 5 monatlicher Verheirsthung 1888 einen Mordversuch auf seine Frau und darauf einen Selbstmordversuch; der zweite Schuss in die rechte Schläse drang in das Gehirn ein. Der Mann war sehr eiserstichtig, habe, wie die Frau aussagte, förmliche Wuthanfälle bekommen und sei in den letzten Wochen vor dem Mordversuch schwermtithig gewesen. Einen Monat nachher, als er soweit wieder hergestellt war, dass er vernommen werden konnte, behauptete er, die Strafthat in einem Zustand von Bewusstlosigkeit vollbracht zu haben, in welchem seine Geistesthätigkeit durch Eiferaucht gestört gewesen sei. Bei der Beurtheilung seines Geisteszustandes spielt nun ein Brief eine Rolle, worin er der Frau vorwirft, das Kind, mit dem sie schwanger, wäre nicht von ihm, sie möchte vor Gericht gehen und das offen bekennen. Zeugen sagten überdies aus, dass er manchmal nicht richtig im Kopf gewesen sei. Sein Vertheidiger bemerkte, als er unter Anklage wegen Mordversuchs gestellt war, der Typhus hätte einen ungunstigen Einfluss auf seinen Geisteszustand gehabt. Der als Sachverständiger hinzugezogene Prof. Mendel kam zu dem Schluss, es lasse sich nicht beweisen, dass sich K. zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden habe, wenigstens nicht aus der allerdings zweifellos vorher vorhandenen Erregung; die jetzige geistige Schwäche müsse vielmehr auf die Verletzung des Gehirns zurückgeführt werden. Der Krenke kam mehrmals in die Charité und von dort nach Dalldorf; er ist nie wieder verhandlungsfähig geworden und am 18. Januar d. J. gestorben.

Um auf das topographisch-diagnostische zu kommen, so erfolgte sofort eine Lähmung des linken Arms und beider Beine nebst Blasenlähmung. Der Befund, wie er von Prof. Mendel aufgenommen wurde, ergab Seitwärtsbewegungen beider Augen nach rechts und links beschränkt. Unvollständige Lähmung des linken Gesichtsnerven. Die grobe Kraft des linken Arms war ein wenig vermindert, die des linken Beins sehr erheblich. rechten Bein gleichfalls eine geringe Herabsetzung der groben Kraft. Eine Trepanation fand am 14. Mai 1890 statt (v. Bergmann). Nach derselben bekam er einen Anfall von clonischen und tonischen Krämpfen im linken Arm und Bein. Die Sprache war meist langsam und zögernd. Im Friedrich-Wilhelm-Hospital wurde die Diagnose auf Epilepsie gestellt. In der Charité wurde bemerkt, dass die linke Nasolabialfalte verstrichen war. In Dalldorf zeigte sich die linke Stirnhälfte weniger innervirt als die rechte, die rechte Pupille weiter als die linke, die Zunge neigte nach links; keine Sensibilitätsstörungen. Patient konnte weder stehen noch gehen. Der linke Arm war deutlich schwächer wie der rechte. Die Section ergab auf der rechten Schädelseite ein längsovales Loch mit abgerundeten Rändern im vorderen oberen Winkel des Scheitelbeins (die Trepanationsstelle), 5 cm

nach abwärts ein zweites Loch, fast rund, theilweise durch Bindegewebe verschlossen (die Kugeleintrittsstelle). Unter der ersten Oeffnung fand sich die Dura verdickt, ebenso an einer den Centralwindungen entsprechenden Stelle der anderen Hemisphäre (die Kugelanschlagstelle innen) zeigte an der Einschussöffnung eine eingesunkene Partie. Die Kugeleintrittsstelle wird durch zwei kleine erbsengrosse Knochensplitterchen bezeichnet. Der Schusscanal beginnt über dem ramus ascendens der fossa Sylvii. verletzt die betreffenden Windungen, führt dann im sulcus præcentralis bis zur Mediallinie, dringt hier ein, durchdringt die linke vordere Centralwindung, kreuzt die linke Centralfurche und bleibt in der linken hinteren Central-Sie ist also unterhalb des Sinus longitudinalis binweg windung stecken durch die Falx hindurchgedrungen; ware sie 1/2 cm höher gegangen, so hätte sie den Sinus angerissen und der Mann wäre an Verblutung gestorben, in chirurgischer Beziehung liest Vortragender aus dem Mendel'schen Gatachten vom 20. VI. 1890 vor, die Hilfeleistung hätte vielleicht dann Aussicht auf Erfolg geboten, wenn es gelänge, die Kugel zu entfernen. Daher sei zur Operation geschritten worden. Der Schädel wurde rechts eröffnet und es fand sich in der Richtung des Schusscanals eine Zerstörung der Hirnoberfläche in der Ausdehnung von 2 cm. Hier hatte sich eine Cyste mit wässerigem Inhalt gebildet, welche entleert wurde. Die Kugel wurde nicht aufgefunden. Der Wundverlauf ging gut von Statten daran einige epikritische Bemerkungen. Dass K. ein zu Geistesstörungen disponirter Mensch war, scheint ihm erwiesen. Er erinnert an den von Prof. Mendel nicht gekannten Aufenthalt in der Charité, an die gefundene Asymmetrie des Schädels; auch die Hirnwindungen seien nicht typische Zu viel Schlüsse liessen sich freilich daraus nicht ziehen; ebenso wenig wie aus den Zeugenaussagen, die ja subjective Auffassungen documentires. Ein definitives Urtheil über den Geisteszustand vor der That könne also auch jetzt nicht abgegeben werden. Ferner erläutert B. die klinischen Erscheinungen mit Bezug auf den pathologisch-anatomischen Befund. Die Pyramiden seitenstränge fanden sich auffällig verändert, links mehr als rechts; auch die Pyramidenvorderstränge zeigten Verminderung der Nervenfasers. Es besserte sich das Befinden des Kranken — wenn auch nur vorübergehend - etwas, auch ohne dass die Kugel entfernt worden wäre spätere Anwesenheit derselben habe ihn nicht in Lebensgefahr gebracht. Denn er sei an Siechthum gestorben, das sich wohl auch nach entfernter Kugel offenbar eingestellt hätte. Die Kugel habe durchaus nicht mit Sieherheit in der der Verletzung gegenüberliegenden Schädelhälfte vermuthet werden können; es konnten Fernwirkungen, auch Blutungen, dahin geschleuderte Splitter die auf jenen Ort deutenden klinischen Symptome bewirkt haben. Der Schuss selbst wäre ein in der Diagonale gehender Flachschuss, der in der Mitte am tiefsten verlief; sonst waren alle Hirnverletzungen relativ oberflächlich.

Discussion.

Moeli meint betreffs der Indication zur Operation, es wäre durchens möglich, dass der Chirurg sich derjenigen Stelle hehufs Trepanation zugewasdt hätte, von wo die Haupterscheinungen ausgingen und weniger die Kugel herauszunehmen bedacht gewesen wäre.

Brasch hat den Kranken in der Klinik des Prof. Mendel beobachtet und war auch bei der Operation zugegen. Bezüglich des ersten Punktes bemerkt er, derselbe wäre auf seine Frau eifersuchtig gewesen und namentlich der Umstand, dass seine Frau öfter ein Lied pfiff, welches sein Geselle zu pfeisen pflegte, brachte ihn auf. Als er in die Klinik kam, war er hemiplegisch. Druckerscheinungen waren damals nicht zu constatiren. Auf die Sensibilitätserscheinungen konnte auch kein grosses Gewicht gelegt werden; es war keine grosse Aussicht vorhanden, dass er am Leben blieb. Was die Localdiagnose anlangt, so erschien es ausgeschlossen, dass die Kugel durch die Falx nach der anderen Seite gedrungen wäre, man dachte an Fernwirkung oder verschleuderte Knochensplitter. Von der Operation habe er in Erinnerung, dass v. Bergmann den Schusskanal fand, welcher cystisch entartet gewesen sei und dass die Cyste entleert wurde. Offenbar durch den Druck der Tamponade traten Krampfanfälle auf. Nach einigen Monaten war er eigentlich auf den Status prior zurückgekehrt. Der Fall sei übrigens ausführlich in einer Dissertation beschrieben.

Richter hat auch nur vermuthet, dass die Kugel links sitzen könnte. Er habe sich gesagt, ein sonderbarer Schuss wäre es, wenn er beiderseits die Centralwindungen getroffen hätte. Da er die Kugel in der Nähe des Sinus vermuthete, hat er den Obducenten veranlasst, denselben am Gehirn zu belassen. Obwohl er die Kugel also links vermuthete, müsse er doch gestehen, dass, wenn er damals gefragt worden wäre, wo man trepaniren solle, er darauf durchaus nicht mit Bestimmtheit hätte antworten können. Herrn Moeli erwidert er, es wurde nach dem Gutachten des Prof. Mendel trepanirt, weil man hoffte, eine Lebensgefahr abzuwenden und weil man den Mann vor weiterem Siechthum schützen wollte.

Max Edel (Charlottenburg).

II.

Bericht über die Vorträge aus dem Gebiete der Neurologie auf dem XV. Congress für innere Medicin zu Berlin,

9.—12. Jani 1897,

II. Sitzung, Mittwooh den 9. Juni, Nachmittags.

296) Herr Ewald (Strassburg): Ueber die Folgen von Grosshirnoperationen an labyrinthlosen Thieren.

E wald führt einleitend aus, dass einerseits Eingriffe an dem Grosshirn von Hunden, insbesondere an der Extremitätenzone, andererseits Ausschaltung der Labyrinthe wichtige Aufschlüsse zur Psychophysiologie geliefert haben. Es zeigte sich zunächst, dass von der Unversehrtheit der Extremitätenzone die ungestörte Function des Tastgefühls der Beine abhängt. Dann hat Goltz die engen Beziehungen erwiesen, die zwischen dem Labyrinth und dem Muskelgefühl bestehen.

E wald selbst studierte besonders die Erscheinungen, die sich aus der Combination beider Eingriffe ergeben. Die Fortnahme der Extremitätenzone der Grossbirnrinde schädigt beim Hunde das Tastgefühl der Beine,

während die aufangs auch geschädigten Gangbewegungen sich wiederherzustellen vermögen. Diese Wiederherstellung bezieht sich aber nur auf die Bewegungen als solche, nicht auf den nervösen Mechanismus, der sie regulirt; es zeigt sich, dass das geschädigte Tastgefühl ersetzt worden ist durch das Muskelgefühl. Dieser Vorgang leitete E wald zu Ausführungen über die Lehre von den Ersatzerscheinungen über; er zeigte, dass die Funktion gewisser Partien der Grosshirnrinde, willkürliche Bewegungen einzuleiten, auch durch andere Rindenpartien ersetzt werden kann. Damit stimmt überein, dass man bei Anwendung eines neuen von E. angegebenen Verfahrens, die Grosshirnrinde electrisch zu reizen unter Umständen von jedem Rindenpunkte aus wirken kann, was dadurch erklärt wird, dass offenbar Bahnen existiren, die von jedem Rindenpunkt zu jedem Muskel führen.

Die Eintbung nun bewirkt, dass von diesen vielen Bahnen einige leicht passirbar werden. Nach dem Verlust eines Bindenstückes können sich aber auch ersetzende Bahnen ausbilden. Muskelgefühl und Tastempfindung gemeinschaftlich reguliren zwar die Bewegungen, sie können sich aber auch gegenseitig ersetzen. Fortnahme des Labyrinths ruft Schädigung des Muskelgefühls hervor. So lange aber die Extremitätenzone auf der einem Gehirnhälfte noch vorhanden ist, kann der Hund auch ohne Labyrinth noch sehr gut stehen. Wird jedoch auch noch die Extremitätenzone der andern Gehirnhälfte entfernt, so tritt Lähmung der Gangbewegungen ein.

Am Schluss verweist E. auf die Bedeutung dieses Versuches für die Auffassung des Romberg'schen Symptoms.

Herr E wald demonstrirt in der Nachmittagssitzung des folgenden Tages nochmals den Hund, welchem er inzwischen auch aus der zweiten Gehirnhälfte in der erregbaren Zone ein Stückchen entfernt hat; Herr Zuntz hat dies Stück auf 0,52 gr. bestimmt. Nunmehr ist der Hund nicht mehr im Stande, seine Beine zu benutzen.

Herr Hitzig meint in der Discussion, dass die neuen Thatsachen sehr verdienstlich seien. Indessen plaidirt er auch für seine eigene Auffassung und bemerkt, dass ein in einem Sack nach der Operation aufgehängter Hund stets nur die gesunde Extremität an sich zieht, sobald er gestochen wird.

Die ursprüngliche Störung (I. und II. Vestibularapparat) kann noch ausgeglichen werden, so lange der visuelle Apparat intact ist. Ist letzteres nicht mehr der Fall, so treten die grossen Störungen ein.

III. Sitzung, Donnerstag den 10. Juni 1899, Vormittags.

297) Herr Unverricht (Magdeburg): Epilepsie.

Angesichts des Umstandes, dass es im deutschen Beiche ca. 100,000 Epileptiker giebt, erscheint die Frage nach dem Wesen und der Behandlung der Epilepsie von Wichtigkeit. Den wichtigsten Leitstern bei der Pathogenese bietet das Thierexperiment, durch welches man alle möglichen Krampfformen erzeugen und deren Mechanismus studieren kann. Die Kussmaul. Noth nagel's chen Versuche mittelst künstlicher Verblutung respmechanischer Hirnreizung hatten die Ueberzeugung hervorgerufen, dass die

Krämpfe von der Brücke und der Medulla aus ihren Ursprung nehmen. U. bestreitet jedoch die Berechtigung, aus diesen Versuchen auf die menschliche Epilepsie Schlüsse zu ziehen, weil die so erzielten Krampfanfälle in vielen Punkten von denen der echten Epilepsie abweichen, auch die durch Gifte erzeugten Anfälle hält U. zu Analogieschlüssen nicht für werthvoll, weil es sich bei der menschlichen Epilepsie wahrscheinlich nicht um innere Vergiftungen handelt.

Daher hat U. die durch electrische Reizung der Hirnrinde erzielten Anfälle zum Studium gewählt und er ist dabei zu dem Ergebniss gelangt, dass die Hirnrinde nicht nur für die Entstehung, sondern auch für die Fortentwickelung des Anfalles das bestimmende Organ ist; er stellt aber der medullären Theorie von Kussmaul und Nothnagel die corticale gegenüber.

Nach kurzer Berührung der Befunde, welche die einfache Reizung des Hundegehirns darbietet, und welche zum Nachweise einer hom olateralen Innervation bestimmter Muskeln und einer doppelten Kreuzung cerebrospinaler Leitungsbahnen, sowie zur Auffindung einer corticalen Stelle geführt haben, von der aus sich Stillstand der Athmung erzielen lässt, geht U. auf eine nähere Beschreibung der durch Rindenreizung erzielten Krampfanfälle ein, bei denen vorzäglich die Thatsache bemerkenswerth erscheint, dass jeder complete epileptische Anfall sich aus zwei Hälften zusammensetzt, welche die aufeinanderfolgende Erregung der zwei Grosshirnhemisphären wiederspiegeln. Es zucken zuerst alle Muskeln der einen, dann in ganz typischer von der hinteren Extremität beginnenden Reihenfolge die der anderen Körperhälfte. Folgen sich die Anfälle in schnellerem Tempo, so wird dieser Gang verwischt und es tritt von vornherein wie bei der gemeinen Epilepsie ein verbreiteter Muskelkrampf ein. Unter Umständen entsteht durch spontanen Rückfall ein Status epilepticus, welcher U. Gelegenheit gab, die Wirkung verschiedener Arzneimittel studieren. Im Gegensatze zum Morphium, das sich garnicht bewährte, zeigte das Chloral eine auffallende Wirkung -, eine Erfahrung, die U. auch klinisch vielfach bestätigen konnte.

Nimmt man Theile der motorischen Region fort, so wird auch der Krampfanfall eingeschränkt; die entsprechenden Muskeln zeigen dann keine Zuckung mehr. Nimmt man, wie U. es in seinem "Fundamentalversuch" schildert, die ganze motorische Region einer Seite fort, so treten nur halbseitige Krampfanfälle auf. In den zu den exstirpirten Centren gehörigen Muskelgruppen kommen aber noch geringe Knampferscheinungen — secundäre Krämpfe — zu Stande, entweder clonischer Natur (secundärer Clonus) oder tonischer Natur (secundärer Tonus); sie begleiten nur die Krämpfe der anderen Seite (die primären Krämpfe) und fallen mit diesen fort, wenn man auch die andere motorische Region exstirpirt.

Den zum Tonus anschwellenden, durch Rindenreizung erzeugten Clonus bezeichnet U. als primären oder Rindentonus zum Unterschied vom secundären oder Rückenmarks. Tonus, der nur durch Ueberspringen des Reizes im Rückenmark entsteht.

Dass von der Rinde nur clouische Krämpfe ausgelöst würden, die infracorticalen Ganglien hingegen die touische Componente des Krampfes hervorriefen, leugnet U. entschieden; einen derartigen Unterschied kenne auch die Physiologie nicht, welche den Tonus immer nur als eine höhere Stufe des Clous betrachtet. Aus dem Fundamentalversuche geht ferner hervor, dass auch die hinteren Rindengebilde epileptische Bedeutung haben.

Bezüglich der Athmung weist U. nach, dass die krampfhafte Erregung einer bestimmten Bindenstelle einen lang andauernden Athemstillstand hervorruft. Greift der Muskelkrampf weiter, so kann man an der Athemeurve häufig eine Phase unterscheiden, in welcher die Expirations muskeln und eine andere, in der die Inspirations muskeln Krämpfe zeigen. Von principieller Bedeutung ist der Athem-Stillstand, welcher durch "Hemmungskrampf" zu Stande kommt, eine Form der Erregung, welche physiologisch noch wenig studirt wurde.

Die Veränderungen im Gefässapparat gestatten eine Eintheilung in vier Stadien.

1. Beschleunigung des Pulses mit Blutdrucksteigsrung, 2. Verlangsamung, 3. weitere Beschleunigung bei hohen Pulsen, 4. Rückkehr zur Norm. Greift der Anfall auf die andere Seite über, so wiederholen sich die Stadien noch einmal, und es zeigt sich also auch am Gefässapparat eine Zweitheilung des Anfalls, welche auf die getrenute krampfhafte Erregung der beiden Hirnhälften hinweist. Die Veränderungen im Gefässapparat sind von Muskelkrämpfen unabhängig, denn sie bleiben auch nach Curare-Vergiftungen bestehen; man kann dann einen rein vasom otorischen epileptischen Anfall beobachten.

Bei der Uebertragung der Thierversuche auf die menschliche Epilepsie gilt die vergleichende Physiologie als Leitstern. Diese beweist, dass die Hirnrinde immer mehr von den motorischen Functionen Besitz ergreift, und es ist daraus zu schliessen, dass beim Menschen die Epilepsie erst recht corticaler Natur sein muss, wenn sie schon beim Hunde von der Hirnrinde ausgeht. Es spricht dafür auch die klinische Beobachtung selbst, die mit zwingender Nothwendigkeit auf die Hirnrinde hinweist.

Zwischen der sogenannten corticalen und der gemeinen Epilepsie besteht kein grundsätzlicher Unterschied, sondern nur ein Unterschied in Bezug auf die Heftigkeit in dem Ablauf des Anfalls; also muss auch die gemeine Epilepsie als cortical bezeichnet werden.

Bei der corticalen Natur ist es begreiflich, wenn auch andere krankhafte Erregungen sich in der Hirnrinde abspielen, wie es bei Epileptikern in den sogenannten Aequivalenten geschieht. Diese sind aber Complicationen der Epilepsie, aus solchen Aequivalenten darf man nicht auf das Vorhandensein von Epilepsie schliessen, nur das Auftreten von Eindenkrämpfen ist das Ausschlaggebende. Sonst würde der Begriff so verschwommen werden, dass man (wie es auch geschah) alle explosiven Charactere als Epileptiker bezeichnen müsste.

Die Epilepsie ist nur ein symptomatischer Begriff, der all mählich ganz die Bedeutung einer genuinen Erkrankung verlieren wird,

wenn man erst die Ursache der Krämpfe in den einzelnen Fällen genau kennt. Bei den Alcohol-, Blei-, syphilitischen und urämischen Krämpfen weiss man, dass die Epilepsie ein Symptom einer bestimmten Erkrankung Durch weiteres Vordringen unserer Kenntniss wird das Gebiet der genuinen Epilepsie eingeengt werden.

Am Schlusse erörtert U. noch die Möglichkeit, ob unter den Krampfformen unbekannten Ursprungs, welche wir als genuine Epilepsie bezeichnen, neben den corticalen Krämpfen nicht auch infracorticale vorkommen. Er hält dies in Analogie mit den Thierversuchen für durchaus wahrschein. lich, wenn auch bis jetzt die beiden Formen noch nicht durch scharfe klinische Merkmale getrennt sind. Von der grössten Bedeutung wird auch für die Erforschung dieser Krampfformen der viel geschmähte Thierversuch bleiben. -

Discussion.

Flechsig (Leipzig) spricht zur Therapie der Epilepsie, wobei die Bromsalze obenan ständen, auch in Combination mit Opium in steigenden Nach den Untersuchungen seines Assistenten Laudenheimer bleibt im Körper viel Brom zurück, aber verschieden bei den verschiedenen Individuen; so wurden in drei Fallen 33 gr Brom ausgeschieden, 41 gr zurückgehalten; 8 gr ausgeschieden, 19 gr zurückgehalten; 2,5 gr ausgeschieden, 21,5 gr zurückgehalten. Auch die Sättigung (Bromgleichgewicht) kann eintreten.

Binswanger (Jena) ist ein Anhänger der gemischten Genese des epileptischen Insultes, wenn er auch eine primäre Rindenerregung annimmt. Er weist auf einen gemeinsam mit Ziehen gemachten Thierversuch hin und stützt seine Beobachtung auf 230 genau beobachtete Anfälle, wobei er dreierlei unterscheidet:

- 1. Den typischen Anfall: Isolirter Tonus mit folgendem Clonus (in 350 der Fälle).
- 2. Den atypischen Anfall: Mischung von Tonus und Clonus zu gleicher Zeit.
- 3. Isolirte Erregungen einzelner Rindenpartien.

Zum Anfall gehört jedenfalls auch eine Bewusstseinstrübung. B. nimmt neben der flächenhaften Ansbreitung auch eine Entladung nach infracorticalen Centren an, für eine einfache Erregung sei der epileptische Insult zu complicirt.

Kapelusch macht eine chirurgische Bemerkung.

Rumpf (Hamburg) empfiehlt ebenfalls gemischte Opium-Brombehandlung und zwar 1. im Kindesalter, 2. wenn Brom allein erfolglos.

Jolly (Berlin) schliesst sich Binswanger in Bezug auf "gemischte Theorie" an, die ausschliessliche Rindentheorie sei un nöglich richtig. Die gelähmten Theile werden nicht etwa ausgeschaltet, sondern verfallen auch in isochrone Anfälle, daher sei auch infracorticale Reizung nöthig. An Heilerfolge mit der gemischten Therapie will Jolly nicht recht glauben.

Hoffmann (Dusseldorf) meint, dass die Epilepsie auch unter dem Bild der Myoclonie auftreten könne; die ersten Aufalle können auch spinal sein. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Juli-Heft 1897.

Digitized 25 GOGIC

Unverricht erklärt sich im Schlusswort gegen Ziehen's Theorie der doppelten Genese; ihm scheint die Annahme gezwungen, dass der Clouus von der Rinde, der Tonus von den infracorticalen Ganglien ausgelöst werde, da ja der Clouus in Tonus übergiht und wieder zurück, also zuerst Rinde, dann Ganglien, dann wieder die Rinde in Thätigkeit kommen müssten.

Die Myoclonie ist spinal, aber deshalb braucht die ganze Epilepsie noch nicht spinal zu sein.

IV. Sitzung, Donnerstag den 10. Juni 1897, Nachmittags.

Demonstrationen.

298) Herr Goldscheider und Flatau (Berlin) haben Kaninchen mit Tetanusgift und Tetanusantitoxin behandelt.

Das Gift rief bereits nach 2 Stunden Krämpfe hervor und es zeigten sich an den Nervenzellen der Medulla spinalis bereits Veränderungen, in Schwellungen bestehend. Nach 18 Stunden wurde Zerfall der Zellen und Deformation der Kernkörperchen beobachtet. Durch Einspritzung des Tetanus-Antitoxius konnte die Regeneration der afficirten Zellen mit Sicherheit erzielt und beobachtet werden.

299) E. Flatau (Berlin) hat Längsschnitte durch das gesammte Rückenmark des Hundes in ununterbrochenen Serien herstellen können und demonstrirt an der Hand derselben und seiner Experimente mit Rückenmarksdurchschneidung sein von ihm sogenanntes "Gesetz der excentrischen Lagerung der langen Bahnen im Rückenmark", ein Gesetz, dessen Gültigkeit er für alle auf. und absteigenden Bahnen der Medulla nachgewiesen hat.

300) Herr Magnus-Löwy: Myxödem und sporadischer Cretinismus.

Magnus-Löwy zeigt 5 Patienten, die die ganze Scala der Typenreihe bei fehlender resp. mangelhafter Schilddrüsenfunction umfassen.

Bei diesen verschiedenen unglücklichen Menschen seien einmal mehr die körperlichen Symptome der Cachexia pachydermica, das andere Mal mehr die geistige Degeneration vorwiegend, die Combination beider Zustände fände in verschiedenem Grade der Mischung und in differenter zeitlicher Bribenfolge statt.

Bei den beiden Fällen von sporadischem Cretinismus besteht die physische und psychische Depravation von Jugend auf in gleicher Stärke. Ein dritter 47 jähriger Patient hätte mit seinem Zwergwuchs und cretinoiden Gesichtsausdruck, der jedenfalls auf mangelhafte Entwicklung der Schilddrüse zurückzuführen sei, doch volle Intelligenz und physische Gesundheit besessen, bis eine im 4. Decennium einsetzende Etappe seiner Krankheit, ein Myxödem, ihn hätte verkommen lassen. Umgekehrt zeigt der nächste, Mädchen von 13 Jahren, zwar leichtere, aber sichere Züge von Myxödem, ohne Spur von Idiotie oder Zwergwuchs. Ein letzter Patient von 28 Jahren trägt seinen Zustand der thyreopriven Cachexie schon 14 Jahre mit sich, ist im Wachsthum völlig vom Augenblick der Strumectomie an stehen geblieben und, weil unbehandelt, der Cachexie verfallen.

Die behandelten Fälle sind wesentlich gebessert. Gemeinsam ist diesen Fällen, die schon früher von Magnus-Löwy urgirte Herabsetzung des Stoffwechsels, die in scharfem Gegensatz zu der Erhöhung des Umsatzes bei Morbus Basedowii stände.

V. und VI. Sitzung, Freitag den 11. Juni 1897.

301) Herr Eulenburg (Berlin): Morbus Basedowii. (Autorreferat nach der Deutschen medicinischen Wochenschrift vom 17. Juni 1897.)

Die anfängliche "Sympomtrias": Herzpalpitionen, Struma und Ex" ophthalmus hat im Laufe der Zeit manche Ergänzung erfahren. Dahin gehören namentlich die als Gräf'sches, Stellwag'sches, Möbiussches Symptom bekannten Augenphänomene - das Marie'sche Zittern — die von Romain, Vigouroux und Charcot zuerst beschriebene Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes, die von Martius, Eulenburg und Kahler als beschleunigtes Widerstandsabsinken und als Herabsetzung des relativen Widerstandsminimums näher gekennzeichnet wurde — die neuerdings von Chvostek in ihrer Häufigkeit nachgewiesene alimentare Glycosurie — und endlich jene ganze Gruppe dem neurastheni. schen und hysterischen Gebiete zugehöriger, nervös-psychischer Störungen, die innerhalb des gesammten Krankheitsbildes eine hervorragende Bedeutung beanspruchen. Das Krankheitsbild zeigt aber zuweilen nur eine unvollständige, rudimentäre Entwickelung. Der Ausdruck "forme fruste" passt eigentlich nicht auf die Fälle von überhaupt rudimentärer Entwickelung, sondern mehr auf solche, bei denen im Verlaufe der Krankbeit sich einzelne Hauptsymptome verloren oder zurückgebildet und den typischen Krankheitscharacter unkenntlich gemacht haben. Die Lehre von der "forme fruste" hat zu vielem Missbrauch Anlass gegeben und manche, namentlich operativ behandelte Fälle als Basedow'sche Krankheit diagnosticiren lassen, deren Hierhergehörigkeit mindestens sehr stark in Zweisel gezogen zu werden verdiente.

Es giebt weder ein absolut constantes, noch ein specifisches pathognomisches Symptom der Basedow'schen Krankheit. Bezüglich der wichtigsten Krankheitssymptome kommt es nicht sowohl darauf an, ob sie überhaupt vorhanden — als vielmehr, ob sie gerade in der für die Basedow'sche Krankheit bezeichnenden Weise vorhanden sind, z. B. auf die "hyperämische" Form der Struma im Gegensatz zu den auf Hyperplasie und Hypertrophie beruhenden Formen kropfiger Entartung der Schilddrüse, ferner ein nicht bloss paroxysmenweises, sondern andauerndes und gewissermaassen habituelles Auftreten dieser Herzneurose.

Zur Erklärung des Symptomenbildes sind bisher drei Theorien aufgestellt worden: die hämatogene, neurogene und thyreogene. Die hämatogene Theorie, die bereits von Basedow selbst aufgestellt und verfochten wurde, stützt sich auf folgende Argumente: das überwiegende Vorkommen der Krankheit beim weiblichen Geschlechte, ihr Beginn in meist jugendlichem Alter, die so hänfige Verbindung mit Menstruationsstörungen in Form von Amenorrhoe, der vereinzelt nachgewiesene günstige Einfluss einer hinzukommenden Schwangerschaft u. a.

Digitized 25 Google

Die neurogene Theorie suchte den Ursprung der Krankheit bald im Sympathicus, bald im Vagus, bald in verschiedenen Theilen des Central-Die sorgfältige Beobachtung der klinischen Thatsachen nervensystems. und die sich daran schliessenden Erwägungen müssen eigentlich schou im Voraus überzeugen, dass alle Localisationsversuche innerhalb des Nervensystems dem vielgestaltigen Symptomencomplex der Basedow'schen Kraukheit gegenüber mit Nothwendigkeit scheitern. So bleibt denn als klinisch vollberechtigt nur die constitutionell-neuropathische oder Neurosen-Theorie übrig; dafür sprechen u. a. die schon früher angedeuteten ätiologischen Momente, das hereditäre und familiäre Vorkommen, die öftere acute Entwickelung im Anschlusse an Traumen und an schweren psychischen Shook, die Coincidenz mit anderweitigen constitutionellen Neuropathieen, mit Epilepsie, Hemicranie, Chorea oder mit schweren nervösen Functionsstörungen, mit Lähmungen, Krämpfen, Astasie, Abasie, Diabetes insipidus und mellitus — und vieles andere. Indessen lässt auch die Neurosentheorie in letzter Instanz doch die Frage nach der den veränderten Nervenmechanismus auslösenden specifischen Krankheitsursache, nach dem auf das Nervensystem einwirkenden pathogenen Agens gänzlich unerledigt. Die Schöpfer der neueren thyreogenen Schilddrusentheorie der Base do w'schen Krankheit sind Gauthier (1886) und Möbius (1887). Gauthier war der erste, der bei präexistirendem Kropf den gestörten Chemismus der Schilddittse als wirksam für die Entstehung der Basedow'schen Krankheitserscheinungen (besonders der Cachexie) betonte. Möbius dagegen knupfte direct an den Gegensatz an, der sowohl anatomisch wie symptomatologischklinisch zwischen Myxödem (und Cachexia strumipriva) einerseits und Bas e do w'scher Krankheit andererseits obzuwalten scheint: dort Aplasie und Schwund der Schilddrüse, hier Vergrösserung und Hyperplasie; dort Pulsverlangsamung. Verengung der Lidspalte, Abschwächung der psychischen Functionen, Gewichtszunahme, Abkühlung und Verdickung der Haut hier Tachycardie, Exophth_lmus, psychische Erregtheit, allgemeine Abmagerung, Verdünnung und Temperaturerhöhung der Hautdecken. Nach den unter Kraus in Graz angestellten Untersuchungen scheint sich auch der Stoffwechsel - P2O5-Ausscheidung - im gewissen Sinne antagonistisch zu verhalten.

Die anfängliche Annahme einer einfach gesteigerten Drüsenfunction und quantitativ vermehrten Secretion bei Basedow'scher Krankheit allein reicht zur Erklärung nicht aus, sondern man ist genöthigt, auch eine qualitativ veränderte Drüsensecretion anzunehmen und für deren Erklärung zu einigen Hülfshypothesen zu greifen. Auf Grund der Hürthleschen Versuche scheint die physiologische wie die pathologische Secretbildung in der Schilddrüse auf einer bestimmten Zusammensetzung des der Drüse zufliessenden und in ihr circulirenden Blutes, auf Abwesenheit oder Maugel eines bestimmten Stoffes im Blute wesentlich zu beruhen. Für die Basedow'sche Krankheit liesse sich also diese Vorstellung dahin formuliren, dass es gewisse, ihrem Wesen nach vorläufig unbekannte, primäre Veränderungen der Blutbeschaffenheit, als des auslösenden Drüsenreizes zu sein scheinen, die auf die Drüsenfunction, die Secretbildung, auf das Wachsthum der Follikel, auf die Degeneration, Zellvorgänge etc, in der

Weise verändernd einwirken, dass dadurch jene eigenthümlichen, specifisch pathogenen, intoxicirenden Veränderungen der Secretmischung herbeigeführt werden. Wahrscheinlich wirken dabei sowohl quantitative wie qualitative Veränderungen im Blutgehalt der Schilddrüse zusammen.

Aber es würde schliesslich noch die Frage aufgeworfen werden können, auf welche Organe denn nun dieser von der Schilddrüse erzeugte intoxicirende Stoff in erster Reihe krankmachend einwirke? In diesem Stoffe ein specifisches Muskelgift zu erblicken, wie es Lemke neuer lings gethan hat, dazu ist nicht genügende Veranlassung. Vielmehr werden wir annehmen, dass die Wirkung des von der Drüse gelieferten intoxicirenden Products sich zwar mehr oder weniger auf alle Theile des Nervensystems erstreckt, hauptsächlich aber doch in gewissen Abschnitten desselben und zumal in den mit den höheren psychischen Thätigkeiten zusammenhängenden centralen Neuronen zur Geltung gelangt und auf diese Weise das Erscheinungsbild der neurasthenisch-hysterischen Neurose dieser Kranken hervorruft.

Der hämatogenen Theorie, die naturgemäss eine Besserung der krankhaft veränderten Blutmischung und der Gesammtconstitution anstrebte, entsprach die Anwendung derjenigen medicamentösen Mittel, die als gegen Anämie und Chlorose wirksam oder als allgemein roborirend von Alters her in Ruf stehen. Viel werthvoller sind gewisse Diäteuren, Klimacuren (prolongirte Höhenaufenthalte, selbst während des Winters), Warm- und Kaltwasserkuren. Die neurogenen Theorien haben die Therapie der Krankheit besonders mit dem Behelfen der Electrotherapie und neuerdings der Psychetherapie beschenkt: Methoden, deren Nützlichkeit nicht zu verkennen ist, wenn ja auch gerade auf diesen Gebieten die richtige Abschätzung des wirklich Geleisteten oft grosse Schwierigkeit darbietet.

Der modernen thyreogenen Theorie verdanken wir die operative Behandlung der Base do w'schen Krankheit, namentlich in Form der Strumectomie und die organtherapeutische Behandlung mittels der innerlich angewandten Schilddrüsenpräparate. Von letzterer ist aber bisher wenig zu vermelden; das Beste, was man ihr nachrühmen kann, ist wohl, dass sie bei Einhaltung der gebotenen Vorsicht nicht gerade schadet. — Einen viel breiteren Platz nimmt zur Zeit die operative Behandlung in Form der Strumectomie ein; manche Chirurgen scheinen fast geneigt, in ihr das souveräne Heilmittel der Basedow'schen Krankheit zu erblicken. Dagegen ist aber zu sagen, dass die operative Behandlung in der unendlichen Mehrzahl der Fälle entbehrt werden kann, dass man auch ohne sie bei passend ausgewählter individualisirender Behandlung zu mindestens gleich günstigen Ergebnissen gelangt und dass ihre Anwendung füglich auf seltene, mit besonders starken und drohenden Localbeschwerden verbundene Ausnahmefälle beschränkt werden dürfte.

Discussion.

Matthes (Jena) spricht über den Stoffwechsel bei Morbus Basedowii; seine Resultate sind die, dass durch die Operation der lebhafte Ei-weissansatz vermindert wird, also sich eine "Einsparung" ergiebt. Das Körpergewicht nahm in einzelnen Fällen nach der Operation zu, aber vielleicht tritt ein gleicher Erfolg nach jeder Strumectomi) ein. Die Eiweiss-

ausscheidung stieg sofort, nachdem M. einer operirten Patientin ihre eigene Struma (pulverisirt) zu essen gegeben hatte.

Magnus-Löwy (Berlin) meint, dass die Matthes'schen Resultate sich völlig mit seinen eigenen decken; der von M. constatirte erhöhte Eiweisszerfall stünde in engstem Zusammenhang mit der erhöhten Gesammtverbrennung (Magnus-Löwy). Bei der Besserung resp. Heilung (sei es operativ oder nicht operativ) kehre der Stickstoffwechsel wie der Calorienverbrauch zur Norm zurück.

Fr. Müller (Marburg) weist auf Secret der Schilddrüse bei Morbus Basedowii hin, das verschieden sei; auch käme in $75^{\circ}/_{\circ}$ der Fälle Schwellung der Halslymphdrüsen vor. — Was den Stoffwechsel betrifft, so sei die Steigerung der Oxydationsprozesse das primäre, und der Eiweissansatz nur secundär vergrössert.

F. Blum (Frankfurt am Main) spricht über den Chemismus des Thyreojodins.

VII. Sitzung, Sonnabend den 12. Juni 1897, Vormittags.

302) Herr Hochhaus (Kiel): Ueber experimentelle Myelitis.

Die Fehler früherer Methoden zur experimentellen Erzeugung von Myelitis hat Hoch haus dadurch zu vermeiden versucht, dass er Kälte local bis in's Rückenmark hinein brachte, und zwar mittels festgewordener flüssiger Kohlensäure; mit einer Combination des Aethers erzielte er eine Kälte von $80-90^{\circ}$, jedoch musste dem Versuchsthier erst stets die Haut gespalten werden.

4-5 Minuten nach der Kälteeinwirkung beginnen clonische Zuckungen, welche nach ferneren 5 Minuten von völliger Lähmung abgelöst werden. Nach weiteren 10 Minuten jedoch erholt sich das Thier und es kann später wieder laufen. Hat die Kälteeinwirkung jedoch ca. 20 Minuten gedauert, so ist die Lähmung der hinteren Extremitäten dauernd, auch sensible und Blasenlähmung tritt ein.

Unter 14 operirten Thieren unterschied H. eine vollkommene Lähmung in 3 Fällen, eine partielle in 9 Fällen und endlich Spätlähmung bei 2 Thieren, indem nach partieller Lähmung erst Regeneration, nach 2 Monaten aber wieder Lähmung eintrat.

Bei der vollkommenen Lähmung fanden sich Rückenmarksblutungen, Necrose der Hinterhörner und geringe reactive Entzundung.

Bei der partiellen zeigte sich die Neuroglia gewuchert, die Nervenzellen stark gequollen wie bei der menschlichen Myelitis, Zerfall der sogen. Nissl'schen Körper.

Die Spätlähmung wies Meningo-Myelitis auf, die von neerotischen Knochen ausgegangen war.

303) Hell Goldscheider (Berlin): Ueberdie Bedeutung der Reize für Pathologie und Therapie im Lichte der Neuron-Theorie.

Das Wesen der Neuron-Theorie besteht darin, dass wir eine Zelle mit ihrem Nervenansatz und Dendriten als eine Einheit functioneller und nutritiver Art auffassen. Jedes Neurou verhält sich feiner zu einem anderen Neuron wie ein fremder Beis. Goldscheider führt nun das Wort "Neuronschwelle" ein, d. h. das Maass der Erregung, das nöthig ist zur Erzeugung der Thätigkeit. Die Erregbarkeit des Neurons ist eine erworbene und dauernde, jedes Neuron hat sozusagen seine Geschichte, hat eine individuelle Erregbarkeit erreicht. Indem Goldscheider sagt, dass alle Punkte des Nervensystems mit einander in Verbindung stehen, nimmt er an, dass ein genügend starker Reiz sich über das ganze Nervensystem verbreiten kann; der Reiz schlägt die Bahnen ein, die am wenigsten Widerstand bieten, die die beste "Ausschleifung" (Exner) bieten. Die Erregbarkeit der Neurone ist zu beeinflussen möglich, nach oben wie unten. Goldscheider erwähnt den Fall eines Arbeiters, der einen electrischen Schlag erhalten hatte und verringerte Sensibilität darauf darbot, und er meint, dass hier wirklich Ueberreizung mit Herabsetzung der Erregbarkeit stattfand. Durch krankhafte Ueberempfindlichkeit von Nerven erklärt G. manche Erscheinungen der Hysterie, auch Fälle von Tachycardie mit Neuralgie. G. will also eine localisirte Herabsetzung wie Steigerung der Neuroaschwelle in der Hysterie unterschieden wissen. Trotzdem leugnet er nicht die Autosuggestion: wir vermögen sehr wohl darch Richtung unserer Aufmerksamkeit die Neuronschwelle zu verändern. Diese letztere ist auch bei organischen Erkrankungen von Bedeutung, man kann dann manches besser verstehen als auf rein anatomischem Wege; wenn ein Tabiker seine Patellarreflexe durch Eintreten einer Hemiplegie wiedererhält, so hat letztere die Verfeinerung der Neuronschwelle hervorgerufen. In gleicher Weise plaidirt G. für seine Theorie bei der Erklärung innerer Erkrankungen: das Hautjucken bei Darmkrankheiten, die Schlaflosigkeit bei Leuten mit vollen Magen etc., sie erklären sich ungezwungener durch die leichte Leitung von Nerven als durch chemische Reize.

Therapeutisch ergeben sich daraus gewisse Folgerungen, und so ist es z. B. bei Hyperalgesie zweckmässig, die Schwelle in anderen Neuronen zu verfeinern, also die gesunde Seite zu electrisiren, wodurch eine Abgleichung erzielt werden kann; ebenso ist bei Parästhesien durch starke Erregung hemmend zu wirken. Die ableitende Wirkung der Reize (Wasser, Massage, Electricität) ist verschieden. Bei Lähmungszuständen kommt die bahnende Reizwirkung in Betracht; active Impulse können durch den Reiz unterstützt werden, wie ein Mensch, der beim Heben eines Gewichtes Unterstützung erhält. Es handelt sich hier um das physiologische Prototyp der Suggestion, welches G. damit ihres mystischen Characters entkleidet.

— Auch nach der trophischen Sphäre gleicht sich der Reiz ab.

Die Anpassung der Reize an Degenerationszustände ist noch nicht klar, Edingers' sonst geistvolle Theorie reicht hier nicht aus. Jedenfalls ist eine Veränderung des Nervensystems nöthig. Das Nervensystem ist ungemein elastisch; bei einem Zustand geringerer Elasticität kann die Nervensubstanz durch neue Reize verbraucht werden. Bei progressiver Erkrankung des Nervensystems sind also die Reize von hohem Werth, Goldscheider spricht direct von einer Diätetik der Reizwirkung.

Discussion.

Sternberg (Wien) weist darauf hin, dass er zuerst den Begriff der "Bahnung" eingeführt habe; diese Bahnung lässt sich sogar experimentell nachweisen. Die "Nervenschwelle" ist das Besultat des Gleichgewichts zwischen Hemmung und Bahnung; sie kann nach verschiedenen Bichtungen verschoben werden, wie Sternberg früher bezüglich der Sehnenreflexe entwickelt hat.

In dem Studium der Frage der Hemmung und Bahnung wird sich wohl in Uebereinstimmung mit den Goldscheider'schen Ausführnegen die neuropathologische Forschung der nächsten Zeit bewegen.

Redactionelles.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Die Jahressitzung des Vereins wird unmittelbar vor der in Brauschweig tagenden Naturforscherversammlung und zwar am 17. und 18. September in Hannover stattfinden.

Vorläufige Tagesordnung.

- 1. Erklärung gegen die in jungster Zeit vorgekommenen Angriffe auf die Irrenärzte.
- 2. Ueber den Werth der Degenerationszeichen bei Geisteskranken. Ref.: Sanitätsrath Dr. Knecht-Ueckermunde.
- 3. Weitere Vorschläge zur Wärterfrage:
 - a) Preisausschreiben für den besten kurzen Leitfaden zum Unterricht des Wartepersonals der Irrenaustalten.
 - b) Prufungen und Diplomirung des Wartepersonals. Ref.: Medicinalrath Dr. Siemens-Lauenburg i. P.

Um Anmeldung von Vorträgen an einen der Unterzeichneten womöglich bis Mitte Juli wird hiermit ersucht.

Die Herren Geh. San. Rath Dr. Wahrendorff-Ilten und Dr. Bruns-Hannover haben sich freundlichst bereit erklärt, das Localcomité zu bilden und auf Anfragen Auskunft zu ertheilen (der letztere mit Ausnahme der Zeit von Mitte August bis 5. September).

Die Sitzungen finden im Saale des alten Rathhauses zu Hannover statt, das gemeinsame Essen am 17. September in Kastens Hotel, die Begrüssung am 16. September, Abends von 8 Uhr an im "Neuen Hause".

Als Hotels werden empfohlen: Hotel royal, Bristol, Monopole, Continental und Kastens Hotel.

Der Vorstand:

Jolly, Berlin. Lähr, Zehlendorf. Ludwig, Heppenheim. Pelman, Bonn. Schüle, Illenau. Siemens, Lauenburg. Zinn, Eberswalde.

CENTRALBLATT

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

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

XX. Jahrgang.

1897 August.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Ueber die Beziehungen zwischen Tic général und Zwangsvorstellungen.

Von Dr. G. FLATAU.

Das Vorkommen psychischer Störungen bei der maladie des tics convulsifs wird von fast allen Autoren angegeben, die Fälle dieser Krankheit beschrieben haben; meistens handelt es sich dabei um Zwangsvorstellungen. Charcot1) giebt an, dass nur selten ein Tic ohne psychischen Hintergrund gefunden wird, in beiden Fällen, die der Besprechung Charcot's zu Grunde liegen, handelt es sich um Zwangsvorstellungen. Das gleiche Verhältniss findet sich in den von Gilles de la Tourette2) und Guinon3) berichteten Fällen. Oppenheim4) bemerkt, dass in einer Anzahl von Fällen von maladie des ties conv. psychische Störungen in Form von Zwangsvorstellungen gefunden werden. Jolly⁵) findet besonders enge Beziehungen zwischen den impulsiven Bewegungen der "Ticker" und den Zwangsideen. Noch weiter geht Bressler6), der die Zwangsbewegungen der Ticker als Abwehrneurose betruchtet und direct aus den psychischen Störungen herleitet.

Dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um erblich belastete Individueu handelt, wird bereits von Trousseau angegeben.

¹⁾ Charcot: Poliklin. Vorles. I, S. 142, tibersetzt von S. Freud. Derselbe. Bd. II, 8. 14.

Derselbe. Bd. 11, S. 14.

2) Archive de Neurologie 1885, 25—27.

3) Revue de médecine, Jan. 1886, p 50.

4) Berl. klin. Wochenschrift 1895, Nr. 25

5) Jolly: Charité-Annalen, Bd XVII.

6) Bressler: Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 965.

Stembo⁷) bemerkte, dass sich bei dem Sohne eines an maladie des tics Kranken Anfänge desselben Leidens zeigten.

Charcot⁸) meinte, dass namentlich die psychischen Störungen ein Zeichen erblicher Belastung der Tic-Kranken seien; er fand das Leiden einmal bei 2 Geschwistern. Nachdem somit festgestellt worden ist, dass Zwangsideen fast stets bei Ticleidenden vorhanden sind. — Grasset⁹) nennt sie ein psychisches Stigma der malalie des tics — und dass es sich fast immer um erblich belastete Personen handelt, möchte ich über 3 Fälle von maladie des tics berichten, in denen sich noch ein anderes Verhältniss der Zwangsideen zur maladie des tics findet, das, soweit aus der mir zugängig gewordenen Litteratur hervorgeht, bisher nur geringe Beachtung gefunden hat. Ich bemerke dabei, dass die ersten beiden Fälle aus der Privatpraxis des Herrn Prof. Oppenheim stammen, während der dritte Fall in der Poliklinik beobachtet wurde.

I. Fall: Frau J. leidet seit ihrer Jugend an Zwangsvorstellungen; sie fürchtet, dass sie durch ihre Worte sich verstündigen könne. Namentlich kommt ihr der Gedanke beim Beten, es drängen sich ihr dann zuweilen Fluchworte auf. Auch in der Unterhaltung kommt ihr plötzlich der Gedanke, dass sie durch das, was sie gesprochen, sich compromittirt habe, dass sie z. B. eine Majestätsbeleidigung begangen haben könne. Sie ist sich der Harmlosigkeit ihrer Aeusserungen und der Grundlosigkeit ihrer Befürchtungen bewusst, kann aber doch die quälenden Gedanken nicht los werden.

Ihr 12jähriger Sohn G. leidet seit 2 Jahren an Tic général. Er grimassirt, reisst den Mund weit auf, stampft oft 3-4 mal mit den Füssen auf und ist gezwungen, Laute, wie haha, haha und zuweilen auch Schimpfworte auszustossen. Auch hat er zeitweise den unwiderstehlichen Zwang, in die Hände zu klatschen, die characteristischen Zuckungen betreffen besonders die Gesichts- und Halsmuskulatur, treten aber auch in den Extremitäten auf. Durch active Bewegung werden sie zurückgedrängt. Intelligenz normal.

II. Fall: A. E., 13 Jahre alt, soll bis zum 5. Jahre gesund gewesen sein, dann wurde sie auffallend menschenscheu. Sowie eine ihr fremde Person ins Haus kam, flüchtete sie, hielt die Hände krampfhaft vor's Gesicht, alle Muskeln gespannt. Der Gesichtsausdruck trug das Gepräge höchster Verängstigung. Sie sieht die betreffende Person nicht an, klammert sich an ihre Mutter und schaut diese an, als ob ihr ein Unglück bevorstehe. So lange sie mit den Angehörigen allein ist, ist alles gut. Im Laufe der Jahre hat sich das alles so gesteigert, dass sie unter Clausur erzogen werden musste. Beim Eintritt eines Fremden, z. B. des Arztes, geräth sie auch jetzt noch in einen geradezu beängstigenden Zustand (Tachycardie, Tahypnoe etc.).

An ihre Lebrerin hat sie sich gewöhnt und lässt sich von dieser unterrichten; sie lernt gut.

Es stellt sich heraus, dass sie von Zwangsvorstellungen beherrscht wird, über die sie auch Auskunft giebt. Besonders ist es die Idee, dass

⁷⁾ Stembo: Berl. klin. Wochenschrift 1891.

⁸) loco citato.

⁹) Archive de Neurologie 1890.

ihrer Mutter ein Unglück passiren könne, welche sie beherrscht. Sie lässt diese deshalb auch nicht allein ausgehen. Sie hat Krankheitsbewusstsein, kann die Vorstellung aber nicht abschütteln und leidet so sehr unter derselben, dass sie in letzter Zeit in der Einährung stark heruntergekommen ist. Ihre Mutter soll in der Kindheit an ähnlichen Zuständen gelitten und als sie mit ihr schwanger ging, viel Aufregendes durchgemacht haben. Die Schwester der Mutter leidet an dellir de toucher und Tie general, ebenso soll ein Sohn derselben an Tie general leiden.

III. L. A., 9 J. Die kleine Patientin zeigt nach Schilderung der Mutter seit einigen Monaten krampfhafte Bewegungen, namentlich an den Händen. Beim Lesen: Augen blinzeln, Zucken mit den Schultern, eigenartiger Husten; auch soll sie Laute ausstossen und manchmal hässliche Worte wider ihren Willen herausstossen.

Bei der Untersuchung in der Poliklinik beherrscht sie sich sichtlich, man sieht aber doch deutlich einen Theil der geschilderten Bewegungen, namentlich das Zucken mit den Schultern und Hochziehen der Augenbrauen wird mehrfach bemerkt, ebenso die Bewegungen der Hände. Die Mutter, die ebenfalls von nervöser Mutter stammt, leidet an Angstzuständen und besonders an der Vorstellung, dass sie beim Kaufen Leute übervortheile, sie hat ferner Zähltrieb; der Gedanke, sie würde geisteskrank werden, drängt sich ihr auf, ebenso die Idee, sie müsse ihrem Leben gewaltsam ein Ende machen.

In diesen drei Fällen stellt sich das Verhältniss zwischen psychischer Störung und maladie des tics so dar, dass in Fall I und III bei der Mutter der betreffenden Patienten sich nur die psychische Störung, die Zwangsvorstellungen, findet, bei dem Patienten selbst die Zwangsbewegungen; im Fall II findet sich in der Ascendenz (Schwester der Mutter und deren Sohn) Tic general, während der Kranke an Zwangsideen leidet. Es handelt sich also hier um ein vicariirendes Verhältniss der beiden Störungen. Dass ein solches bei ein- und derselben Person vorkommen kann, geht aus der Anmerkung von S. Freud 10) in seiner Uebersetzung von Charcot's poliklinischen Vorlesungen hervor; er beobachtete einen 23jährigen Patienten, der ihn wegen Zwangsvorstellungen consultirte; derselbe hatte vom 8.—15. Jahre an Tic gelitten, im 12. Jahre traten Zwangsideen auf, während der Tic seither verschwunden war.

Die Art der Vererbung in den beschriebenen drei Fällen scheint mir die innige Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Tic général recht deutlich zu erweisen.

Zum Schluss habe ich an dieser Stelle Herrn Professor Oppenheim für die Anregung zu dieser Arbeit und Ueberlassung des Materials zu danken.

¹⁰⁾ Charcot: Poliblin. Vorlesungen, Bd. I, p. 142.

II.

Ueber die Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken.*)

Von Prof. W. v. BECHTEREW.

In der letzten Zeit ist die Frage über die Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken durch die Arbeiten einer ganzen Reihe von Autoren in den Vordergrund gedrängt worden und es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass dieselbe ihrer grossen Wichtigkeit wegen nicht sobald von der Tagesordnung verschwindet. Nach den Mittheilungen in der Litteratur zu urtheilen, hat diese Frage im Gegentheil eine solche Entwicklungsphase erreicht, dass ihre weitere Bearbeitung ganz von selber auf den ersten Plan rückt. In Anbetracht dessen halte ich es für nothwendig, in dieser Frage einige Bemerkungen zu machen.

Nachdem ich mich im Verlause der jüngst verstossenen Jahre bei schweren Fällen von Geisteskrankheiten von dem wohlthätigen Einflusse der Bettruhe überzeugt hatte, schlug ich den Aerzten der Klinik, welche die männliche und die weibliche Abtheilung verwalten, vor, von Anfang des academischen Jahres 1896 ab die Bettruhe überhaupt bei allen Patienten der Abtheilung für Tobsüchtige, bei allen meist in der Abtheilung für Unruhige besindlichen acuten Kranken und auch bei ruhigen chronischen Kranken in

den Erregungsperioden anzuwenden.**)

Da zugleich mit der Einführung einer solchen systematischen Anwendung der Bettrube bei einer bedeutenden Anzahl von Kranken in der Klinik Trapesnikow und W. Ossipow auf die Herren Doctoren A. meinen Vorschlag die eingehende Beobachtung über den Einfluss der Bettruhe auf den psychischen und physischen Züstand der Kranken von verschiedenen Categorien liebenswürdig übernommen haben, so liegt es nicht in meiner Absicht, in der vorliegenden Mittheilung diese Seite der Frage zu berühren, um so mehr, da die erwähnten Beobachtungen noch nicht abgeschlossen sind, sondern ich möchte nur in Anbetracht des allgemeinen Interesses, welches die Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken in der letzten Zeit erregt, versuchen, an der Hand der vorhandenen Erfahrung einige allgemeine Bemerkungen sowohl bezüglich der Anwendungsmethode der Bettruhe bei Geisteskranken, wie auch über die Resultate, welche durch solche Behandlung hauptsächlich in administrativer und allgemein medicinischer Hinsicht erzielt werden können, zu machen.

Vor Allem muss die Bettruhe, meiner Ansicht nach, nicht schablouenförmig bei allen neu aufgenommenen Geisteskranken zur Anwendung gelangen.
Wie jedes andere bei Kranken angewendete Mittel muss auch sie nach
bestimmten, medicinischen, nicht anders als durch streng wissenschaftliche
Beobachtung über den Einfluss der ruhigen Lage im Bette auf den Verlauf

^{*)} Vorliegende Mittheilung fand in der wissenschaftlichen Sitzung der Aerste der St. Petersburger Klinik für Geistes- und Nervenkranke im November 1896 statt.

**) Schwache, schwerkranke, somatische uud überhaupt alle leicht zur Erschöpfung neigenden Kranken wurden schon früher in der Klinik im Bette gehalten.

verschiedenartiger Psychosen aufgestellten Indicationen gehandhabt werden. Da uns aber in dieser Beziehung noch eine genügende Anzahl systematisch durchgeführter und genau angestellter Beobachtungen zu Gebote stehen und wir solche erst von der Zukunft erwarten, so müssen wir uns vorläufig nur mit Beobachtungen und Erwägungen mehr oder weniger allgemeinen Characters begnügen. Die letzteren lassen sich hauptsächlich dahin zusammenfassen, dass die Bettruhe, indem sie den Muskelu Ruhe gönnt, die Herzthätigkeit moderirt und erleichtert, die Athmung verändert, eine mehr gleichmässige Blutvertheilung im Organismus begünstigt und damit eine Menge reizender, physischer und psychischer Einflüsse beseitigt, die Erregung der Kranken und die psychischen Affecte beruhigt und zugleich die Verluste des Organismus verringert.

Auf Grund solcher allgemeinen Erwägungen kann man voraussetzen, dass die Bettruhe am meisten 1. bei unruhigen und tobsüchtigen, sowohl acut wie chronisch erkrankten Patienten, 2. überhaupt bei allen Kranken im Zustande acuten Blödsinns, acuter Stupidität, psychischer Depression und mit deprimirenden Affecten, 3. bei Kranken, denen eine schnelle Erschöpfung droht, welche schwach, unrein etc. sind, 4. bei Kranken mit diesem oder jenem somatischen Leiden am Platze ist.

Ausserdem können zweifellos noch specielle Indicationen zur Anwendung der Bettruhe zu diesem oder jenem Falle vorhanden sein, z. B. die Nothwendigkeit einer besseren Aufsicht, die Möglichkeit, dem Kranken sein Leiden bewusst zu machen etc. Meines Erachtens nach sind vorerst noch keine gentigenden Gründe vorhanden, sie bei allen Geisteskranken überhaupt oder auch nur bei allen in die Anstalt neuaufgenommenen Patienten, selbst die ganz ruhigen, wie z. B. die episodisch Sinnestäuschungen ausgesetzten Kranken, solche mit Paranoia, Hysterische etc. nicht ausgenommen, schablonenmässig in Anwendung zu bringen. Ebenso wenig bedürfen der Behandlung im Bette die ruhigen, chronischen Geisteskranken, besonders die Schwachsinnigen.

Selbstverständlich hat das alles nur die Bedeutung einer allgemeinen (und zweifellos nur vor!äufigen) Regel, weshalb in den einzelnen Fällen diese oder jene Ausnahme, je nach dem speciellen Fall, zugelassen werden muss.

Ganz ebenso gelten für die Dauer der Bettruhe wesentlich dieselben allgemeinen Indicationen, welche jedem einzelnen Fall anzupassen sind.

Bei der Anwendung der Bettruhe sind meiner Meinung nach Spaziergänge der Geisteskranken nicht ausgeschlossen, da ja Kranke, welchen das Spazieren nützlich ist, das Bett verlassen können. Gleichermaassen ist mit der Bettruhe, wenigstens in gewissen Fällen, mässige physische Arbeit dieser oder jener Art, je nach dem Zustande des Kranken. vereinbar. Frauen z. B., welchen Bettruhe verordnet worden ist, könnten in gewissen Fällen u. A. sich mit Handarbeit beschäftigen, wobei sie ruhig in ihren Betten bleiben.

Die Anwendung verschiedener Zwangsmassregeln, um die Geisteskranken an das Bett zu gewöhnen, wie z. B. das Einwickeln in Laken wie in Windeln, das Zurückhalten der Kranken im Bette durch Bedienung, ebenso wie die Verordnung starker narcotischer und deprimirender Mittel müssten meines Erachtens nach selbst in Ausnahmefällen keineswegs zugegeben werden.

Dieses Ueberbleibsel des barbarischen Restraintsystems ziert zweifellos keine Anstalt, in welcher ähnliche Massregeln zur Anwendung gelangen, um die Geisteskranken im Bette zu halten. Wird die Bettruhe nur den oben aufgezählten Categorien von Geisteskranken verordnet, so kommt es wohl gar nicht dazu, irgend welche Gewaltmassregeln anzuwenden.

Die meisten Geisteskranken von den erwähuten Categorien liegen mehr oder weniger gern im Bette: die einen, weil sie instinctiv die beruhigende Wirkung des Bettes fühlen, die andern in Folge ihres allgemeinen Unwohlbefindens und des Zerschlagenseins, die dritten wegen der durch ihre Krankheit bedingten Unlust zur Bewegung und Neigung zum Liegen, die vierten in Folge allgemeiner physischer Schwäche, viele Andere endlich, weil man sie überzeugt hat, theilweise in Folge des allgemeinen Beispiels oder auch deshalb, weil sie nur in Unterkleidern im Bette und unter der Decke geblieben sind.

Eigentlich leisten nur die mehr unruhigen Kranken am meisten der Anwendung der Bettruhe Widerstand und springen in der ersten Zeit hänfig aus dem Bette; aber auch sie gewöhnen sich unter dem Einfluss der Ueberredung, des Beispiels und der im Ganzen ruhigen Umgebung ziemlich schnell ans Bett und verlassen es später selten oder sogar gar nicht mehr. Nur in Ausnahmefällen kann die Realisirung der Bettruhe wegen des Zustandes der Kranken oder wegen ihres Deliriums auf diese oder jene Hindernisse stossen, aber auch hier gelingt es gewöhnlich, die Bettruhe durch Ueberredung und ebenso durch allmählige und systematische Angewöhnung der Kranken an das Bett in Anwendung zu bringen.

Es muss jedoch bemerkt werden, dass tei der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken eine regelrechte Sortirung und Absonderung der unruhigeren von den ruhigeren stattfinden muss. Die Unterbringung etlicher lärmenden Kranken, ja sogar eines einzigen derselben, in einen Raum, in welchem die Kranken im Bette liegen sollen, versetzt gewöhnlich auch die übrigen liegenden Patienten in Aufregung, was die allgemeine Ruhe in dem Raume stört und den Hauptgewinn der Bettruhe in Frage stellt. In dieser Beziehung erreicht man durch das Zerstreuen oder das sogenannte "Auflösen" der unruhigen Geisteskranken unter den ruhigeren, wie unsere Beobachtungen lehrten, fast gar nicht den Zweck, eher schon wird man ein entgegengesetztes Resultat erhalten, d. h. unter dem Einflusse eines oder einiger erregter Kranker gerathen die übrigen ebenfalls in Aufregung.

In Anbetracht dessen erscheint die Einrichtung geräumiger Beobachtungssäle zur Anwendung der Bettruhe (sogen. Wachabtheilungen), wohin vor der Hand überhaupt alle neuaufgenommenen Geisteskranken zu placiren sind, vom medicinischen Standpunkte aus wohl kaum als zweckentsprechend und dieselben mögen nur aus gewissen administrativen Rücksichten geboten sein. Meiner Meinung nach giebt die Bettruhe die besten Resultate unter der Bedingung, dass lärmende und schreiende Kranke von den ruhigeren gesondert in besonderen Abtheilungen liegen, wo sie unter dem Einfluss der Stille und bei Abwesenheit überflüssiger Eindrücke sich viel schneller beruhigen. Eine wirkliche Isolirung jedoch erscheint in solchem Falle als vollkommen überflüssig und erreicht nicht den Zweck, da bei dem Isolirungssystem der Patienten in geschlossenen Räumen von irgend welcher Anwendung der Bettruhe keine Rede sein kann. Die Thüren solcher einzelner Zimmer mit in Betten befindlichen Patienten sollen im Gegentheil weit offen

sein und die Kranken müssen unter der unmittelbaren Obhut der Wärter stehen, welche ausserdem verpflichtet sind, solche Kranke nach Möglichkeit zu überreden, im Bette zu bleiben. Anfangs gelingt das mit solchen Kranken nicht immer, aber mit der Zeit geht die Angewöhnung ans Bett verhältnissmässig leicht von Statten.*)

Selbstverständlich kann ein lärmender Patient, sobald er genugend sich beruhigt und sich an das Bett gewöhnt hat, in den allgemeinen Saal zur Anwendung der Bettruhe übergeführt werden, natürlich, falls die Nachbarschaft anderer Kranker auf ihn nicht erregend wirkt.

Die Vortheile, welche die Anwendung der Bettrube bei Geisteskranken gewährt, stehen ausser allem Zweifel. Vor Allem giebt die Einführung der Bettrube eine Raumersparniss, denn bei regelrechter Organisation der Bettrube liegt ja gar keine Nothwendigkeit von besonderen Abtheilungen für Tobsüchtige und ebensolchen für Unruhige, welche gegenwärtig oft in doppelter Anzahl, wenigstens in Staatsanstalten, nämlich für intelligente und nicht intelligente Klassen vorhanden sind, vor. Ebenso ist es überfüssig, diese Räumlichkeiten in Tag- und Nachträume einzutheilen. Anstatt aller dieser gesonderten Räume genügt ein allgemeiner Raum mit grossen Sälen für ruhiger liegende Kranke und ein Raum mit kleinen Zimmern zur Absonderung der unruhigen Patienten von den ruhigen. Ein zweiter Vortheil der Bettrube ist die Abschaffung der äusserst schädlichen Isolirung nach Kerkerart, welche in den Irrenhäusern seit der Einführung des Nonrestraintsystems in weitem Maassstabe zur Anwendung gelangt.

Ich glaube, dass bei correcter Sachführung und genügender Wärterzahl die Bettruhe vollkommen die Anwendung der so schädlich auf die in ihnen untergebrachten Geisteskranken wirkenden Isolatoren verdrängen kann. **)

Es braucht kaum erwähnt zu werden, dass mit der allgemeinen Einführung der Bettruhe für Geisteskranke in gewisser Hinsicht zugleich der Bau von künftigen Anstalten vereinfacht und folglich auch billiger wird (die Abschaffung wenigstens der grossen Zahl der Isolatoren mit den besonderen Thüren, Schlüssel etc.).

Ein weiteres, wesentliches Resultat der Einführung der Bettruhe besteht in der allgemeinen Beruhigung der unruhigeren, im Bette gehaltenen Kranken. Diese Beruhigung wird zweifellos einerseits durch den

^{*)} In der Klinik wurden die tobsüchtigen und unruhigen Kranken zuerst in grosse Tagesräume der sog. Abtheilung für Unruhige in Betten gebracht. Neben denselben stand je ein Zimmer für mehr unruhige Kranke zur Verstigung. Die Abtheilungen für Tobsüchtige selber wurden zeitweilig evacuirt und verschlossen. Als aber die Zahl der aufgenommenen Kranken, bei welchen die Betruhe anzuwenden war, sich vergrösserte, und um sich die Möglichkeit, die mehr unruhigen Elemente zu isoliren, zu sichern, mussten auch die früheren, aus einem allgemeinen, grossen Baume und einer Beihe von einzelnen Zimmern bestehenden Abtheilungen für Tobsüchtige in Gebrauch gezogen werden. Die aus allen diesen Zimmern in den Corridor sich öffnenden Thüren wurden aber ausgehoben und hierdurch eine Beihe einzelner, vom Corridor aus offener Zimmer geschaffen. Der Versuch lehrte, dass eine solche Isolation zur Anwendung der Bettruhe bei unruhigen und tobsüchtigen Kranken die zweckentsprechendste ist, da solche Kranke in den einzelnen Zimmern sich nicht weniger leicht an das Bett gewöhnen und einander fast gar nicht beunruhigen, was bei einer anderen Einrichtung bei solchen Kranken ohne besondere Massregeln wohl nicht zu erreichen ist.

^{**)} In der St. Petersburger Klinik ist die Isolirung mit verschlossenen Thüren gar nicht im Gebrauch.

Einfluss der Bettruhe selbst, andererseits dadurch erzielt, dass nach der Unterbringung der Kranken in Betten der Kreis ihrer Eindrücke eingeengt wird und sie auch nicht mit anderen Kranken und Wärtern, wie das so oft geschieht, falls solche Kranke aufbleiben, in Collision gerathen. Ebenso wird durch die Anwendung der Bettruhe keine Gelegenheit zum Ueberfall über andere Patienten und über das Wartepersonal geboten.

Der Unterschied der Ordnung unter den im Bette gehaltenen und bei sonst üblicher Weise befindlichen Kranken ist ganz überraschend. Was man auch sagen möge, aber der allgemeine Eindruck, welchen man beim Besuch einer Anstalt, in welcher die unruhigen und tolsüchtigen Kranken wie gewöhnlich gehalten werden, davonträgt, erlaubt uns kaum des Gedaukens zu erwehren, dass wir uns im "Irrenhause" befinden, während bei der Behandlung derselben Kranken im Bette man sich in einem wohleingerichteten Krankenbause wähnt, in welchem jeder von den Patienten, wie es sich gehört, in seinem Bette liegt und nicht ziellos aus einem Winkel in den anderen wandelt und sich der Gefahr aussetzt, von einem ebenso herumirrenden Patienten sich Beleidigungen, ja sogar Schläge zuzuziehen.

Endlich kann man nicht umhin, als einen besonderen Vortheil der Bettbehandlung die Möglichkeit der Aufsicht über gefährlichere Kranke sowohl in Bezug auf sie als auch bezüglich anderer Kranker zu vermerken. Wenn auch nicht mit Gewissheit angegeben werden kann, wie stark die Zahl der Wärter bei der Anwendung der Bettruhe abnehmen muss, was wahrscheinlich in bedeutendem Maasse von den Dimensionen der Anstalt und ihrer Bauart abhängen wird, so unterliegt es doch wohl keiuem Zweifel, dass die Aufsicht über die in Betten befindlichen Kranken eine wesentliche Erleichterung erfährt. Die Patienten befinden sich in diesem Falle unter den Augen des Wartepersonals und können sich nicht in den Winkeln verstecken und in andere Abtheilungen gehen, wie das bei der üblichen Verpflegung der Kranken gewöhnlich geschieht.

In Anbetracht aller dieser Vorzüge der Bettbehandlung bei Geisteskranken kann man nicht umhin, dieses System überhaupt für alle psychiatrischen Heilanstalten anzuempfehlen, um so mehr, da ihre Einführung keine neuen Einrichtungen und überhaupt gar keine Unkosten erfordert. Wie aber schon oben erwähnt worden, ist es auch bei der Anwendung der Bettrube nothwendig, eine gewisse Auswahl unter den Kranken zu treffen und die unruhigen in besonderen Zimmern mit weit geöffneten Thüren unterzubringen, nicht aber in verschlossenen Isolatoren, welche bei diesem System ganz verbannt werden können und müssen. Die Hoffnung, unruhige Kranke unter einer grossen Anzahl ruhig liegender sozusagen aufzulösen, welche Einige hegen, erscheint mir einfach utopisch und auf augenscheinlichem Missverständniss beruhend.

Etwas, wozu meiner Meinung nach bei der Einführung der Bettruhe bei Geisteskranken hingestrebt werden muss, ist die Nothwendigkeit, die Indicationen zur Anwendung der Bettruhe zu individualisiren und die in dieser Beziehung äusserst schädliche Schablone zu vermeiden. Das wird aber nur von der Zeit ab möglich sein, wenn der Einfluss der Bettruhe auf den physischen und psychischen Zustand sowohl von gesunden Personen wie auch Geisteskranken genau erforscht ist.

II. Original-Voreinsberichte.

I.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin.

Bericht der Sitzung vom 15. Mai 1897.

304) Vor der Tagesordnung macht Herr Remak noch weitere Bemerkungen im Anschluss an den in der vorigen Sitzung von ihm vorgestellten Fall. Die Behandlung habe eine allmähliche Besserung der Sprache ergeben, während irgend welche hysterischen Symptome nicht aufgetreten seien. Es blieb nur übrig, einen apoplectischen Herd anzunehmen, welcher die Sprachbahn betheiligt hatte. Inzwischen sei nun eine neue Attaque eingetreten. Patientin erbrach zwei Tage lang, wurde bettlägerig und bekam eine Lähmung des rechten Arms und Beins mit deutlich gesteigerten Sehnenphänomenen und Neigung zu Mitbewegungen der anderen Hand. Es sei also kein Zweifel, dass es sich wirklich um eine organische Erkrankung haudelt. Für einen Tumor sprächen keine Erscheinungen, jede Infectiou werde bestimmt in Abrede gestellt, dagegen wurde ermittelt, dass die Patientin seit 7 Jahren reichlich Bier und Cognac getrunken hat. Bei jugendlichen weiblichen In. dividuen sei chronischer Alcoholgenuss recht gefährlich und R. habe räthselhafte Hemiplegien bei Potatorinnen aus den allerbesten Ständen beobachtet. Durch die neue Attaque habe sich in der Sprachstörung nichts geändert. Diese sei eine reine subcorticale motorische Aphasie, die Sprache habe etwas leicht scandirendes. Namentlich schlecht würden die lingualen Reibelaute vorgebracht. Iateressant sei, die Restitution einer derartigen Störung zu beobachten. Durch eine halbseitige Zungenlähmung könne sie nicht bedingt sein.

Discussion.

Treitel hat die Patientin längere Zeit beobachtet und zum Theil mit behandelt. Sehr auffallend war, dass sie nicht im Stande war, von selbst Worte zu finden und dass sie Tenues und Mediæ häufig verwechselte. Nur mit Anstrengung konnte sie das s, sch und weiche s hervorbringen. Der weitere Verlauf lehrte, dass man durch die Behandlung im Stande ist, die verlorene Sprache schneller zu bessern, als es wohl sonst der Fall gewesen wäre.

Remak: Interessant war, wie lange man im Zweisel war, ob es sich nicht doch um eine hysterische Affection handelte. Es sei möglich, dass die beiderseitigen Bemühungen die Restitution der Sprachstörung herbeigesührt haben. Gutzmann meint, dass die andere Hemisphäre compensatorisch für die erkrankte eintrete und will die Ausbildung derselben dadurch befördern, dass er mit der linken Hand schreiben lasse. Die vorgestellte Patientin könne ja mit der rechten Hand schreiben. R. lässt es dahingestellt, ob es sich um ein indirectes Herdsymptom gehandelt habe. Es wäre dann zu glauben, dass sich gewisse Bahnen wieder hergestellt haben. Ueber diese Bahnen wissen wir wenig. Kussmaul glaube, dass Stammeln bei Störung der Bahnen im Streisenhügel zu Stande kommon könne. Das sei ihm unwahrscheinlich. Er glaube, dass es sich um einen

Centralblatt für Nervenbeilkunde und Psychiatrie. August-Heft 1897. Digitized 26 OOGIC

Rindenherd gehandelt habe, wofür auch das Erbrechen sprechen dürfte. Man könnte den Umstand, dass Patientin bei der neuen rechtsseitigen Hemiplegie keine Veränderung der Sprachstörung gezeigt habe, dafür verwerthen, dass sie mit der rechten Hirnhälfte sprechen gelernt habe.

Tagesordnung.

305) Herr Cassirer: Vorstellung eines Kranken mit Friedreich'scher Ataxie. (Autorreferat.)

22jähriger junger Mann. Eltern blutsverwandt; in der Familie keine ähnliche Erkrankung. Gute körperliche und geistige Entwicklung bis zum Lebensjahre. Von da an allmähliche zunehmende Störung des Ganges, der unsicher und taumlig wird. Die Hände werden zu feineren Bewegungen ungeschickt. Nie Schmerzen; keine Blasenbeschwerden. Stat. präs.: Der Gang ist breitbeinig, schwankend. Stehen mit geschlossenen Füssen auch bei offenen Augen mühsam, bei Augenschluss droht Patient umzufallen. In der Bückenlage Bewegungsstörung, die ein Gemisch von Wackeln und Die motorische Kraft im Ganzen erhalten. Patellarreflexe Ataxie ist. vorhanden, etwas schwach. Hohlfussbildung, Hyperextension der Zehen. Keine Sensibilitätsstörung. An den oberen Extremitäten Hypospadie. ähnliche Bewegungsstörung wie an den unteren. Deutlicher Nystagmus. Sonst keine Symptome von Seiten der Augen. Sprache etwas gequetscht und näselnd. Intelligenz normal. Gesichts- und Schädelbildung weisen leichte Anomalien auf. — Die Diagnose unterliegt keinem Zweifel. zuheben ist als ätiologisches Moment die schon mehrfach bei Friedreich beobachtete Consanguinität der Eltern; ausserdem ist das Vorhandensein der Hypospadie interessant.

306) Herr Henneberg: Ueber Gliome. (Autorreferat.)

Vortragender fand in einem grossen, diffusen Gliom des Stirnhirnes einer Frau, das in den Ventrikel hervorgewachsen war, in einem Bezirke der Geschwulst, der ungefähr $1^1|_2$ cm von der in dem Ventrikel liegenden Oberfläche entfernt war, eine nicht geringe Anzahl kleiner, mit regelmässigem Epithel ausgekleideter Hohlräume. Aehnliche Befunde wurden bereits von Buchholz und Ströbe gemacht; ersterer nahm an, dass die Epithelzellen durch Metaplasie aus den Gliomzellen entstanden seien: Ströbe glaubte, dass es sich um präexistirende abnorme Seitensprossen des Ventrikels handle. Nach der Vermuthung des Vortragenden stellen die Epithelzellen Reste des Ventrikel-Epithels dar, die beim Vorwachsen des Tumors in das Geschwulstgewebe gerathen sind.

Ein analoger Vorgang ist in manchen Fällen von Ependymsklerose zu beobachten. Nicht selten sieht man in der verdickten und wulstigen ependymären Gliaschicht mit Epithel ausgekleidete Hohlräume, die den Zusammenhang mit dem Ventrikel durch Abschnürung verloren haben. In demselben Gliom fanden sich ausgedehnte Partien von sarcomatösem Bau; ein Anhaltspunkt dafür, dass diese von den Gefässen ausgegangen seien, liess sich nicht auffinden. Vortragender vertritt die Ansicht, dass auch von der Neuroglia Tumoren von sarcomatösem Habitus ausgehen können.

Max Edel (Charlottenburg).

II.

Beriner Gesellschaft für Psychatrie und Nervenkrankheiten.

Bericht der Sitzung vom 14. Juni 1897.

Die He-ren Jolly, Moeli, Mendel werden zu Delegirten der Gesellschaft für den internationalen Aerzte-Congress zu Moskau gewählt-

Tages ordnung.

307) Herr Koenig: Ueber cerebral bedingte Complicationen, welche der cerebralen Kinderlähmung, wie der einfachen Idiotie gemeinsam sind, sowie über die abortiven Formen der ersteren. (Autorreferat.)

K. weist einleitend auf die Thatsache hin, dass man bei cerebralen Kinderlähmungen, abgesehen von den gewöhnlichen Lähmungserscheinungen, bäufig noch anderen complicatorischen Aeusserungen eines Hirnleidens begegnet, welche man in gewissem Sinne als Begleiterscheinungen der cerebralen Kinderlähmung anzusehen sich gewöhnt hat. Diese Symptome, zu welchen u. A. epileptische Krämpfe, Spontanbewegungen, Coordinationsstörungen und Affectionen der das Auge und seine Muskeln versehenden Nerven gehören, fasst K. der Kürze halber unter dem Sammelnamen der geomplicatorischen Symptome" zusammen.

Die Vermuthung Freu d's, dass wahrscheinlich eine ununterbrochene Reihe von dem Schwachsinn der cerebralen Kinderlähmung zur vollkommenen Idiotie ohne Lähmungserscheinungen überführe, entspreche den Thatsachen und dies zu beweisen, sollen die folgenden Ausführungen dienen.

Dieselben betreffen zwei Gruppen von Fällen.

Die erste umfasst 30 idiotische Kinder ohne hemiplegische oder diplegische Erscheinungen, die aber eines oder mehrere der "complicatorischen Symptome" aufweisen; in 6 Fällen bestand Epilepsie, ausserdem zeigte einer von diesen choreatische Bewegungen, ein zweiter eine partielle äussere Oculomotoriuslähmung, ein dritter eine Ophthalmoplegia interna duplex, ein vierter und fünfter doppelseitige Abducenslähmung mit Nystagmus. Spontanbewegungen der verschiedensten Art wurden beobachtet, in 13 weiteren Fällen (8 von diesen wiesen weitere Complicationen auf) Affectionen der Sehnerven, Strabismus, Nystagmus und Abducensparese.

Die zweite Gruppe besteht aus Fällen, welche K. als Abortivformen der cerebralen Kinderlähmung im engeren Sinne ansprechen möchte: Es sind das Fälle von Idiotie, welche sich im Laufe der Jahre mehrten und welche bei normal oder wenigstens nicht auffällig anormaler activer Beweglichkeit der unteren Extremitäten bei genauerer Untersuchung leichte Spasmen beziehungsweise gesteigerte Sehnenphänomene in den unteren Extremitäten zeigten.

Für diese schlägt Vortragender die symptomatische Bezeichnung Paraspasmus cerebralis vor. Als sich dann auch solche Fälle fanden, in welchen die Spasmen deutlicher waren, ohne dass man schon von eigentlicher Parese reden konnte, neben solchen, in welchen schon eine solche angedeutet war, blieb K, nicht im Zweifel, dass diesen Fällen eine principielle Bedeutung zukommt und dass sie das Endglied einer Reihe bilden, die man bis zur

Digitize 26 GOOGLE

vollständigen Paraplegie verfolgen kann. Später fand K. noch vereinzelte Fälle, in welchen ähnliche Verhältnisse an den oberen Extremitäten ob-

walteten (Dispasmus cerebralis).

Dass diese Fälle wirklich noch zur cerebralen Kinderlähmung zu rechnen sind, beweisen des weiteren noch das Auftreten von "complicatorischen Symptomen" und die anamnestisch eruirten Momente, die übrigens bei der erstbesprochenen Gruppe ganz ähnliche sind; vereinzelte Sectionsbefunde sprechen zum Mindesten nicht dagegen.

K. formulirt die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt:

1. Es giebt Fälle von Idiotie, bei welchen sich zwar keine Lähmungserscheinungen von Seiten der Extremitäten, des Facialis und Hypoglossus finden, wohl aber eine Reihe von anderen Hirnsymptomen, welche uns alle mehr oder weniger als häufige Complicationen der

cerebralen Kinderlähmung geläufig sind.

2. Es giebt eine weitere Gruppe von Fällen, welche gleichfalls keine Lähmungserscheinungen zeigen, bei denen man aber bei genauerer Untersuchung leichte Spasmen beziehungsweise gesteigerte Sehnenphänomene und auch das eine oder andere "complicatorische Symptom" constatiren kann, und es lässt sich der klinische Nachweis führen von der Existenz einer fortlaufenden Reihe von Fällen, mit einfach gesteigertem Kniephänomen beginnend bis zur ausgesprochenen Paraplegie und Diplegie.

3. In beiden Gruppen zeigen Anamnese wie Sectionsbefunde, soweit sie vorhanden, nichts, was uns veranlassen könnte, diese Fälle im Princip von der eigentlichen cerebralen Kinderlämung zu trennen; dies gilt

insbesondere von den "Paraspasmen und Dispasmen".

4. Ziehen wir die Fälle von cerebraler Kinderlähmung mit normalem geistigen Verhalten noch mit in Betracht, so erhalten wir folgende mit der einfachen Idiotie abschliessende Reihe:

a) Cerbrale Kinderlähmung mit normalem geistigen Verhalten;

b) cerebrale Kinderlähmung mit minderwerthiger geistiger Function bis zur ausgesprochenen Idiotie;

 c) die Fälle von Paraspasmus und Dispasmus cerebralis mit oder ohne "complicatorische Symptome".

5. Einfache Idiotie.

(Erscheint ausführlich in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde.)

308) Herr Juliusburger und Herr E. Meyer bringen "Einen Beitrag zur Kenntniss der infectiösen Granulationsgeschwülste des Centralnervensystems". (Autorreferat.)

29jähriger Mann; nach eigener Angabe im Mai 1896 syphilitische Infection. Seit Januar 1897 Abnahme der Körperkräfte, psychisch: Stimmungsanomalien. Anfang März Aufnahme des Kranken in die Irrenanstalt Lichtenberg, nachdem er vorher in einem Berliner Krankenhaus war, wo er zweimal eine unregelmässige Temperatursteigerung hatte. In der Anstalt psychisch: hallucinatorisches Irresein, somatisch: keine Zeichen von Lues, motorische Schwäche in den Beinen, allgemeine Schmerzhaftigkeit bei Berührungen. Pat. ist schwer zu untersuchen wegen seines

psychischen Verhaltens. In den letzten Tagen hohes Fieber bis zu 39,7°. Tod 20. März 1897.

Section: Keine Zeichen von Lues oder Tuberculose. Keine Milz- oder Lymphdrüsen-Schwellung. Hyperämie der Häute und Substanz des Gehirns und Rückenmarks. Rückenmarksquerschnitte zeigen verwaschene Zeichnung und Ueberquellen des Markes über die Schnittfläche. Keine macroscopischen Gefässveränderungen.

Die microscopische Untersuchung des Centralnervensystems (Härtung in Müller-Formol und Müller, Färbung mit Thionin, Neutralroth, Methylenblau, Hämalaun) ergab:

Starke Rundzelleninfiltration der Pia des Rückenmarks (auch Medulla oblongata und Pons), von der aus entlang den Gefässen dichte Zellzüge das Rückenmark durchsetzen. Im Rückenmark selbst perivasculäre und diffuse Zellinfiltration, namentlich im Gebiet der Seitenstränge und noch mehr in der grauen Substanz, wo Vorder- und Hinterhörner besonders stark infiltrirt sind. Rinde viel weniger stark ergriffen. Im Kleinhirn keine Infiltration, dagegen zehlreiche frische Blutungen im Mark. Die Zellen sind Rundzellen und einzelne epitheloide Zellen, keine Ansammlung von Eiterkörperchen. Die Zellen liegen im perivasculären Lymphraum, in der Adventitia und häufig in der Media.

Keine Intimaverdickung im Sinne Heubner's. Keine Verengerung oder Verlegung des Lumens. Gefässe häufig sogar sehr weit; die farblosen Elemente nicht vermehrt.

Nirgends Tumorbildung, Gummat'a oder Tuberkel, keine Nekrose oder Bindegewebsneubildung.

Mit Marchi nur im Rückenmark diffuse Schwarztüpfelung über den ganzen Querschnitt ohne bestimmte Localisation.

Die grossen motorischen Zellen des Vorderhorns und der Centralwindung zeigen nicht mehr die sogenannten Granula, sondern eind trüb und verwaschen und weisen bei Imm. ein sehr feines Netzwerk auf. Nach Erörterung der differentialdiagnostischen Momente rechnen Vortragende den vorliegenden Process vom anatomischen Gesichtspunkte aus zu den sogenannten infectiösen Granulationsgeschwülsten.

(Der Fall wird a. a. O. aussubrlich veröffentlicht werden.)

Discussion.

Benda ist der Meinung, dass es sich um Lymphom handle und führt einen seiner Ansicht nach ähnlichen Fall an. Mit der Formol-Müller-Methode habe er keine guten Erfahrungen zur Darstellung der Zellgranula gehabt und möchte daher keine stricten Schlüsse aus dem Zellenbefunde gezogen wissen.

Westphal scheint die Vorderhornerkrankung von grossem Interesse zu sein. Er selbst habe bei einem Falle von sicherer tuberculöser Spondylitis eine Erkrankung der Vorderhornzellen des Rückenmarks in der ganzen Ausdehnung desselben gefunden, welche klinisch nachweisbar war.

Julius burger bemerkt gegen Benda:

Er habe selbstverständlich zahlreiche Versuche mit Müller-Formol und gleichzeitig Alcoholhärtung gemacht und stets identische Resultate erhalten.

Dass die Zellveränderung im vorliegenden Fall auf Einfluss der Härtungs-

flüssigkeit zurückzuführen sei, halte er für absolut ausgeschlossen.

Meyer bemerkt gegen Benda:

In dem von Benda mitgetheilten Falle sei starke Vergrösserung der Milz und Lymphdrüsenschwellung, sowie, soweit er verstanden habe, Lymphomknoten auf der Dura vorhanden gewesen; von alledem sei in vorliegendem Falle nichts nachgewiesen, weder Milz- noch Lymphdrüsenschwellung fanden sich.

Der Fall von Benda scheine ihm daher mit dem demonstrirten gar

nicht vergleichbar.

III. Ausländische Vereinsberichte.

Wissenschaftlicher Abend der Aerzte der St. Petersburger Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten

am 23. Januar und 4. Februar 1897.

309) Stud. med. Luzurski: Ueber die Schleife.

Nach der Marchi'scheu Methode konnte Vortragender nachweisen, dass es keine Bindenschleisenbahn giebt, da nach Zerstörung der Parietallappen keine secundäre Degeneration auftritt. Ausserdem: Auf der Höhe der Pyramidenkreuzung entspringt den Seitensträngen ein Nervenbündel, das zur vorderen Commissur geht, weiter oben am äussersten Band der Schleisenschicht verläuft, um in den nucleus lenticularis einzumünden. Weiter sah Vortragender, dass ein dem nucl. lemnisci lateralis entstammendes Bündel Fasern zum hinteren Längsbündel und dem absteigenden Bündel des n. trigeminus sendet und auf diese Weise eine Verbindung zwischen den Hörnern einerseits und dem n. oculomotorius und n. trigeminus anderseits entsteht.

Dr. Teljatnik bestreitet in der Discussion letzteren Befund. Prof. Bechtere w macht auf die vom Vortragenden bewiesene Verbindung der Schleife mit den Seitensträngen aufmerksam (die ja schon er selbst und Edinger angedeutet haben) und die zur Gefühlsleitung dient, wofür ja auch die Arbeiten von Bogatsche w und Holzinger sprechen.

310) Dr. Teljatnik: Ueber secundare Degeneration nach Zerstörung des oberen Wurms des Cerebellum.

In folgenden Gebilden traten Degenerationen auf: 1. Vorderschenkel des Kleinhirns bis zum nucleus ruber; 2. Corpora restiformia; 3. gerades Kleinhirnbündel; 4. in den inneren bogenförmigen Bündeln, die in die Oliven münden; 5. die Hinterstränge des Rückenmarks; 6. obere Pyramidenkreuzung; 7. in der Oliven-Schicht; 8. Hauptschleifenbahn bis zum Thalamus; 9. hintere Längsbündel (nach oben bis zu den Kernen des n. oculomotorius); 10. beide Wurzeln des n. acusticus, das corpus trapezoideum und die Lateralschleife bis zu den Vierhügeln; 11. das vordere velum med.; 12. die

Zwischenschicht im Pyramdenbündel; 13. das vordere Randbündel Löwen-Die Degeneration trat beiderseitig auf.

In der Discussion, an der Dr. Dobrotworski, Stud. Lazurski und Prof. Bechterew Theil nahmen, betonte letzterer die vom Vortragenden (im Einklang mit den Arbeiten Basilewsky's, Biedl's und Löwenthal's) dargewiesene Verbindung des Bückenmarks mit dem Wurm.

311) Dr. Holzinger theilte seine psychiatrischen Eindrücke auf der von ihm mitgemachten Expedition des russischen Rothen Kreuzes nach Abessinien mit (Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich referirt).

Prof. Bechterew, auf die vollständige Abwesenheit von progressiver Paralyse (trotz herrschender Lues) in Abessinien hinweisend, bemerkte, dass in der Aetiologie der Paralyse ausser Lues Gemüthsbewegungen und Ueberanstrengung der Gehirnthätigkeit eine grosse Rolle spielen.

Der Vortrag wurde durch Vorzeigen äusserst zahlreicher Gegenstände

aus Afrika erläutert.

A. Bary (St. Petersburg).

IV. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Rückenmarkskrankheiten.

312) Glorieux: Un cas de poliomyélite aigue chez un médecin. (Journ. de neurol. et d'hypnol. 1897, Bd. 2, Mai 20, S. 182.)

Der vom Verfasser beschriebene Fall von Poliomyelitis acuta adultorum erscheint in doppeltem Sinne interessant, einmal, weil solche Fälle bisher ausserst selten beobachtet worden sind und zum zweiten, weil es sich um eine Selbstbeobachtung eines Arztes handelt.

Der 26jährige, leicht belastete (Vater starb an Tuberculose, Mutter an acuter Meningitis) College fühlte plötzlich, nachdem er schon 4 Tage vorher schmerzhafte Punkte am Körper und das Gefühl von Constriction um die Brust verspürt hatte, in der Nacht vom 20. zum 21. Mai 1896 eine vollständige Steifigkeit in allen Gliedern; vorausgegangen waren während des letzten Monats starke körperliche Anstrengung und geistige Unruhe wegen Schwerkranker. Am folgenden Nachmittage musste er sich zu Bett legen, am Abend stellte sich Temperaturerhöhung von 39 Grad ein. 22. noch hohes Fieber und grosse Agitation, ferner Schmerzen im Bücken und Nacken. Dieser Zustand hielt den anderen Tag über noch an. Gleichzeitig bemerkte der Kranke, dass ihm das Aufstehen und das Strecken des Armes sauer wurde. Am 24. Mai bestand Parese des linken Beines, am 25. vollständige Paralyse des rechten Armes und des linken Beines, sowie Parese der übrigen Körpermuskeln. Am 28. bereits war eine leichte Beweglichkeit für Supination am Vorderarme sehon vorhanden. Die Lähmung ging dann allmählich bis zu einem gewissen Grade zurück, dafür entwickelte sich aber im Anschluss an die Lähmung eine hochgradige Muskelatrophie.

Die Intelligenz blieb während der ganzen Krankheit ungetrübt. Die Sensibilität in allen Formen war normal. Es bestand ferner keine Störung

Digitized by GOOGLE

der Sphincteren, Urin niemals abnorm. Patellarreflexe vom Anfange geschwunden. Niemals hatte der Kranke über spontane oder provocirte heftige

Schmerzen zu klagen.

7 Monate nach Beginn des Leidens kam der betreffende College in die Behandlung des Verfassers. Bei der Untersuchung wurden Paralyse und Atrophie als einzige Erscheinungen gefunden. Es bestand atrophische Paralyse der Pectorales beiderseits, der Schultermuskulatur rechterseits und fast aller Armmuskeln auf derselben Seite, complete Atrophie des M. opponens pollicis sinistri. Rechte Unterextremität wiederum normal, an der linken besteht Atrophie und Schlaffheit der Becken. und Oberschenkelmuskulatur.

Der Kranke wurde einer electrischen Behandlung (täglich) unterzogen. Am 30. März 1857 schreibt er: "Mein Zustand bessert sich graduell. Die atrophischen Muskeln scheinen auf dem Wege des Wiedererstarkens zu sein. Die galvanische und selbst die faradische Erregbarkeit sind in dem Triceps cruralis linkerseits und besonders im Vastus internus wiedergekehrt. Der ganze Triceps ist vom Cruralis aus erregbar (vorher nicht möglich). Ich kann wenigstens eine Stunde ohne Anstrengung herumgehen. Indessen ist es mir noch nicht möglich, mich auf der linken Fussspitze zu erheben. Von Seiten des Armes geht es auch besser. Ich kann mittels des Hammers schon percutiren; die Suppe esse ich mit der rechten Hand. Die freiwilligen Oppositionsbewegungen des linken Daumens werden bereits sichtbar. Alles neigt sich zur Besserung, indessen langsam".

Der Verlauf des vorstehend kurz geschilderten Krankheitsbildes deckt sich vollständig mit dem, was man bei den Kindern bereits als acute Poliomyelitis häufig beobachtet. Wegen der grossen Seltenheit solcher Fälle beim Erwachsenen trägt man Bedenken, sie hierhin zu rechnen. Man stellt in solchen Fällen mit Vorliebe die Diagnose Polyneuritis, wie es auch im vorliegenden Falle geschehen ist. Jedoch darf man beide Krankheitsbilder nicht zusammenwerfen, denn es lassen sich zwischen ihnen verschiedene durchgreifende Unterschiede aufstellen. Bei der Polyneuritis ist das Einsetzen der Erscheinungen nicht so brüsk, das Fieber hält länger an, die Lähmung und Atrophie vollziehen sich langsamer und mehr methodisch. Ein Hauptunterscheidungsmerkmal ist das Verhalten der Sensibilität. Polyneuritis besteht grosse Schmerzhaftigkeit auf Druck längs des Verlaufes der Nerven der in Mitleidenschaft gezogenen Muskeln, sowie Sensibilitätsstörungen; bei acuter Poliomyelitis adultorum fehlt dieses Symptom. jener steht die Lähmung in Beziehung zu der Ausbreitung der Nerven, alle Muskeln, die von einem und demselben Nerven versorgt werden, sind in mehr oder minder hohem Grade befallen; bei dieser dagegen steht die Lähmung eher in Beziehung zur Function, sie zieht Muskeln in ihren Bereich, die einer muthmasslichen Gruppe von Ganglienzellen im Rückenmark entsprechen. Ein weiteres Argument, das für die Diagnose Poliomyelitis spricht, ist das isolirte Befallensein eines einzigen Muskels (im vorliegenden Falle der linke Opponens pollicis) bei sonst gesunder Extremität, sowie das gekreuzte Auftreten der Lähmung; bei Polyneuritis herrscht symmetrisches Auftreten der Lähmung vor. Als letztes differential-diagnostisches Merkmal führt Verfasser die progressive Besserung bei Polyneuritis bis zur voll-

ständigen Heilung an; wenn bei Poliomyelitis sich nach einem Jahre keine Besserung gezeigt hat, ist das Leiden unheilbar.

Für die Differentialdiagnose kommen weiter die von Landouzy und Déjérine beschriebene Paralysie générale spinale à marche rapide et curable, die Landry'sche aufsteigende Paralyse und die Hämatomyelie in Betracht.

Prognose und Therapie der acuten Poliomyelitis Erwachsener gleichen der bei Kindern.

Buschan.

313) Buccelli: Ein seltener Fall von spinaler Kinderlähmung. (Di un rarissimo caso die paralise spinale infantile.)

(Gazett. degli osp. e dell. clin. Nr. 90. Anno 1895.)

Verfasser giebt die Krankengeschichte eines Kindes, welches im Alter von 20 Monaten unter fieberhaften Erscheinungen, Benommenheit, Krämpfen eine schlaffe Lähmung des linken Beines bekam. Nach der Beschreibung handelt es sich um einen ausgesprochenen Fall von spinaler Kinderlähmung.

Während nun aber das Kind sich auf dem besten Wege zur Besserung befand, erkraukte es 4 Monate später — das erste Mal im Juni, das zweite Mal im October — unter ähnlichen, wenn auch milderen Erscheinungen auf's Neue und es blieb eine theilweise Lähmung des rechten Armes zurück. Auch die zweite Erkraukung ist als spinale Kinderlähmung aufzufassen.

Sowie früher nur die unteren Extremitäten — dauernd die linke — befallen waren, so wurden dieses Mal nur die oberen — dauerd die rechte — ergriffen. Ohne sich auf die Hypothesen über die Aetiologie einzulassen, begnügt sich Verfasser, auf die Seltenheit dieses Vorkommens hinzuweisen.

Gallns.

314) Korb: Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Sectionsbefund. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 8, p. 359 ff.)

K. theilt einen Fall von Syringomyelie des Halsmarks mit, bei dem die schon bei Lebzeiten mit absoluter Sicherheit gestellte Diagnose durch die Obduction bestätigt wurde. Er theilt auch den microscopischen Befund des Rückenmarks mit.

Es bestanden bei Lebzeiten die characteristischen Symptome: Sensibilitätsstörungen in den oberen Extremitäten mit vorherrschender Analgesie und Thermoanästhesie, ausgesprochene sogenannte trophische Störungen an den Fingern und Gelenken, Atrophie der kleinen Handmuskeln. Letztere war sehr gering. Dementsprechend beschränkte sich auch die Gliose auf das Gebiet der Hinterhörner und verschonte so gut wie vollständig die Vorderhörner mit ihren trophoneurotischen Muskelcentren. Es sind demnach die vorliegenden Atrophien nicht echt spinalen Characters, sondern arthropathischen Ursprungs.

Betreffs der Sensibilität war der Tastsinn vollständig erhalten, ebenso Drucksinn und Muskelsinn. Bei der Prüfung des Drucksinns spielt die Sensibilität in den tieferen Weichtheilen und Gelenken eine Rolle; prüft man jedoch den Drucksinn bei aufgehobener Hautfalte, so kann das scheinbare negative Resultat bedingt sein durch die vorhandene Analgesie. Der vorliegende Befund legt die Annahme nahe, dass die Leitung für die Empfindungen

der tieferen Theile weniger von der grauen als von der weissen Substanz

bedingt wird.

Als weiteres Symptom ist im vorliegenden Falle die Verspätung der Schmerzempfindung hervorzuheben. Schmerz trat auch an scheinbar analgischen Stellen manchmal auf, wenn der Reiz lange genug einwirkte (Summation der Reizwirkung). Stark hervortretend waren die trophischen Störungen. Als Hauptursache der Deformitäten sieht Verfasser die zahllosen Entzündungen und eitrigen Infectionen an. Ob ausserdem noch eine mangelnde Heilungsfähigkeit anzunehmen ist, ist möglich, aber nicht erwiesen.

In Bezug auf die anatomischen Verhältnisse unterscheidet K. 3 Punkte: Die abnorme Gestaltung des Centralkanals (angeborene Anlage); die Gliose (hat die grösste pathologische Bedeutung im Krankeitsbild) und die Höhlenbildung. Soweit es sich hierbei nicht um Ausbuchtungen des Centralkanals handelt, müssen Einschmelzungen stattgefunden haben, bei deren Entstehung oder wenigstens Vergrösserung capilläre Blutungen wahrscheinlich eine

Rolle spielen.

Die Veränderungen in den weissen Strängen des Rückenmarks werden als secundäre Degenerationen aufgefasst.

Dauber (Würzburg).

315) Mies (Köln): Zwei Fälle von Syringomyelie nach Eindringen eines Zinksplitters in den rechten Daumen.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 48. Jahrg.)

Es ist von 2 Klempnern die Rede, welche sich während der Arbeit in der angegebenen Weise verletzten. Die örtlichen Entzündungserscheinungen waren auffallend heftige, nach Jahren stellten sich allmählich die Zeichen der Syringomyelie ein.

Dafür, dass Traumen eine Bedeutung in der Aetiologie jenes Leidens zukommt, finden sich in der Litteratur verschiedene Beispiele. Meist aber beziehen sich die Angaben auf Traumen — sei es nun Fall oder Stoss —, wovon der Bücken unmittelbar betroffen wurde.

M. glaubt ein besonderes Gewicht auch auf das Eindringen von Zink in das Unterhautzellgewebe legen zu müssen. Er verweist dabei auf die Thatsache, dass bei Zinkhüttenarbeitern nicht selten nervöse Störungen auftreten, welche mit dem Symptomencomplex bei Syringomyelie die grösste Aehnlichkeit haben.

Blachian (Werneck).

316) Dercum u. Spiller: Syringomyelie eines Hinterhorns. (A case of syringomyelia limited to one posterior horn in the cervical region, with arthropathy of the shoulderjoint and ascending degeneration in the pyramidal tracts.)

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 9, S. 603.)

Drei Jahre nach einer Ueberanstrengung im Rücken begann der Kranke über Schmerzen in den Beinen, über eine Art von Gürtelschmerz auf der unteren Brustpartie, über Schwäche in den Unterextremitäten und spastischen Gang zu klagen. Darauf entwickelten sich vollständige Paraplegie mit Contracturen, die mehr auf der rechten Seite markirt waren, Abmagernag der Unterextremitäten und Lähmung der Blase und des Rectum. Die Hautsensibilität war in den unteren Gliedmaassen und am Rumpfe rechts bis zum Niveau der Brustwarse, links bis zum Niveau des Nabels verleres

gegangen. Der Temperatursinn war über dem rechten Arme, der rechten Schulter und der rechten Seite des Nackens, sowie über der rechten Thoraxhälfte bis zur Brustwarze aufgehoben. Ferner bestand Analgesie des rechten Armes. Das rechte Schultergelenk begann zu schwellen, die Gelenkkapsel barst und es stellten sich die Anzeichen einer Entzündung mit Röthe und localer Hitze ein. Die Schmerzen waren nur gering. Bei Extension des Armes gerieth der Humerus in die Stellung einer subglenöidalen Luxation.

— Exitus in Folge von Erschöpfung.

Bei der Section fand man: Degeneration des gekreuzten Pyramidenbündels bis zur Höhe der Substantia reticularis des zweiten Cervicalsegmentes, und des directen Pyramidenstranges bis zur Höhe der motorischen Kreuzung auf der rechten Seite; Degeneration des gekreuzten Pyramidenbündels auf eine kurze Strecke auf der linken Seite. Dass diese Degeneration

aufsteigend war, bewiesen folgende Thatsachen:

Das Fehlen jeglicher microscopischer Veränderung im verlängerten Mark, die Deutlichkeit der Degeneration der gekreuzten und directen Pyramidenstränge derselben Seite in der unteren Halsgegend nahe der Läsion. die graduelle Abnahme derselben nach oben zu und ihr deutliches Aufhören im oberen Halsmark, das Fehlen der Degeneration in den vorderen Pyramiden und die lange Dauer des Processes. Diese aufsteigende Sklerose war höchst wahrscheinlich zum grössten Theile durch eine Zerstörung der motorischen Fasern, die ihre Function verloren hatten, bedingt. Degeneration der directen Kleinhirnstränge und der Gowers'schen Stränge liess sich bis zu den unteren Kleinhirnstämmen hin verfolgen. Ausserdem bestand eine intensive Pachymeningitis von dem zweiten Lumbalsegment an bis zur dritten Dorsalwurzel. Die hinteren Wurzeln waren normal, die vorderen eines Theiles der Dorsalregion degenerirt. In der ganzen Cervicalregion bis zur Höhe des zweiten Cervicalsegmentes fand sich eine Höhle, die sich auf das rechte Hinterhorn beschränkte. Die Gliosis dehnte sich von dem anssersten Ende des Conus terminalis bis zum zweiten Cervicalsegment aus. - Das rechte Schultergelenk war verdickt und an der inneren Fläche geröthet. Der Humerusknopf war verschwunden, die übrige Knochenmasse stark erodirt. Die Coracoidapophyse war verdickt. In der Achselhöhle fand sich ein cystischer Tumor, der Fettmasse enthielt etc.

Bnachan.

317) G. Gasne: Localisations spinales de la syphilis héréditaire. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, IX, 5 u. 6.)

Die Abhandlung bildet eine Ergänzung zu der von Gilles de la Tourette veröffentlichten über hereditäre Rückenmarkssyphilis (vergl. dieses Centralblatt). Verfasser untersuchte 26 von syphilitischen Eltern abstammende Fötus, ausserdem 4, wo bei den Erzeugern Lues nicht vorlag als Vergleichsobjecte. Um das Rückenmark und seine Häute möglichst unversehrt zu erhalten, liess er in den meisten Fällen dasselbe im Wirbelkanal und schnitt nach Entkalkung der Wirbel mittelst häufig erneuerter ¹|20|0iger Chromsäure Wirbel und Rückenmark in toto; er hatte dabei auch den Vortheil, die der Wirbelsäule anliegenden Gebilde mit untersuchen zu können. Das Alter der Fötus schwankte zwischen 3 Monaten und völliger Reife; bei einzelnen hatte schon eine Mazeration begonnen. Zunächst werden die

normalen Verhältnisse geschildert; stets waren die Pyramidenbahnen noch marklos und daher auf Pal-Schnitten blass, ferner waren stets die Gollschen Stränge heller als die Burdach'schen und die hinteren Wurzeln heller als die vorderen.

Als Resultat der für die einzelnen Fälle genau mitgetheilten pathologisch-anatomischen Untersuchungen ergiebt sich dem Verfasser folgendes: Die Veränderungen der Meningen und des Markes bei den hereditär-syphilitischen Fötus sind identisch mit den bei der hereditären recenten oder tardiven Lues gefundenen und damit auch mit den bei der erworbenen Lues beobachteten. Das Mark selbst wird am meisten in seinen bindegewebigen Theilen geschädigt. Die Septa und die Gefässe können der Sitz fibröser Verdickungen und kleinzelliger Infiltration sein; es kann zu einer vollständigen oder partiellen Zerstörung seiner Substanz kommen, sei es durch gummöse oder fibröse Neubildung im Marke selbst, sei es durch Uebergreifen solcher Processe von der Nachbarschaft her. Einmal war es vollstandig in einen fibrösen Strang verwandelt. Die Ganglienzellen waren häufig alterirt, die Degeneration der weissen Stränge erschien zumeist als durch directe Läsion bedingt. Schliesslich kann das Mark, ohne eine weitere Schädigung zu erfahren, auch durch Nachbarschaftsprocesse comprimirt sein. Die Wurzeln sind sehr häufig betroffen, dabei bewahren die Nerveufasern jedoch relativ oft ihre Integrität. Die Ganglien sind stets infiltrirt, ihre Zellen dabei aber meist normal. - Am häufigsten localisiren sich die Läsionen in den Meningen. Die Pia mater ist verdickt, zellig infiltrirt, der Medulla adhärent oder von ihr durch ein körniges Exsudat getrennt. In dem normaler Weise freien Subarachnoidealraum finden sich ausgedehnte Zellanhäufungen, die, zum Theil schärfer begrenzt, als Gummata anzusprechen sind. An der Aussenseite der Dura und im extraduralen Raum finden sich stets bindegewebige Veränderungen. Bisweilen sind alle drei Häute zu einem Gewebe verschmolzen. Die Gefässe sind stets der Sitz deutlicher Veränderungen, ihr Lumen ist verkleinert, unregelmässig, ihre Häute sind infiltrirt oder durch fibröse Veränderungen verdickt, die Adventitia ist stärker betroffen als die Muscularis und Intima. Venen und Arterien sind in demselben Maasse krankhaft verändert. Als erstes Stadium der durch die syphilitische Infection eintretenden Gefässveränderung ist eine Dilatation der Gefässe, die zur Hämorrbagie führen kann, zu betrachten. Die Congestion ist oft vereinigt mit einer Stase der Leucocyten, die die Tendenz zeigen, sich zu dicht gedrängten Gruppen zu vereinigen. -

Das Mark nebst seinen Häuten und Gefässen wird nicht in gleicher Weise ergriffen, die beschriebenen Läsionen sind zwar weit verbreitet, zeigen aber selbst an demselben Mark eine grosse Variabilität. Keine Region des Markes zeigt eine besondere Prädisposition für den specifischen Process, wenn auch immerhin bemerkenswerth ist, dass an der hinteren Peripherie des Markes die Veränderungen meist am hochgradigsten sind. Was die Intensität der pathologischen Processe augeht, so fanden sich sehr beträchtliche Veränderungen in 4 Fällen, in 7 Fällen waren deutliche Infiltrationen vorhanden, 10 mal fand sich kaum mehr als eine erhebliche Congestion, die einige Male zu Hämorrhagien führte, 4 mal wiesen die untersuchten Theile keinerlei krankhafte Processe auf.

2. Neurosen.

318) Nikolaus Berend: Rhachitis congenita mit Tetanie vereint.
(Ungar. med. Presse 1897, Bd. II, Nr. 16.)

Für den noch jüngst immer bestrittenen Zusammenhang zwischen Rhachitis und Tetanie bietet der von Berend in dem Budapester königl. Aerzteverein vorgestellte Fall einen neuen Beleg. - Die 39jährige Mutter des betreffenden rhachitischen Kindes leidet seit 14 Jahren an typischer Tetanie, die sich vornehmlich im Winter und Frühjahr bemerkbar macht. - Das erste Kind lebt und ist gesund. Im Wochenbette mit dem zweiten, das im 6. Lebensjahre angeblich in Folge von Erschrecken starb, stellte sich die Tetanie zum ersten Male ein. Sechs Kinder sind im Alter von 2-4 Jahren gestorben und zwar an Laryngospasmus, dem clonische Krämpfe vorausgegangen waren. - Das 7 Tage alte Kind, das Redner vorstellte, zeigte bereits in den ersten Lebenstagen bald rechts-, bald linksseitig auftretende clonische Krämpfe. Es bietet gleichzeitig das Bild einer sohweren congenitalen Rhachitis: weiche, fast ganz membranöse Beschaffenheit der Hinterhauptsschuppe, weitklaffende Fontanellen und Stirnnaht, sehr weiche Rippen, etwas voluminos entwickelte Rippenknorpelenden, Verdickung der Unterarm Epiphysen etc. Buschan.

319) Kalischer: Ueber Tetanie im Kindesalter. (Aus der Nervenabtheilung der Kinderpoliklinik des Privatdocenten Dr. H. Neumann.)

Die Tetanie ist nach den Beobachtungen des Verfassers unter den Kindern in Berlin und zwar im Osten und Süden der Stadt selten. Unter 9481 Kindern wurde nur 7 mal Tetanie festgestellt; von 1114 rhachitischen Kindern in den beiden ersten Lebensishren litten 3, von 1077 nichtrhachitischen 2 an Tetanie. In den 3 Fällen mit Rhachitis handelte es sich 2 mal um leichtere Formen, im 3. Falle bestand starke Schädelrhachitis (Craniotabes). In allen 5 in Rede stehenden Fällen von Tetanie war Spasmus glottidis vorhanden, woraus ersichtlich ist, dass diese Störung auch zu dem Symptomenbilde der Tetanie der nichtrhachitischen Kinder gehört. In 3 von den 5 Fällen bestanden gleichzeitig allgemeine Convulsionen und 2 von diesen Fällen betrafen rhachitische Kinder. Das Trousse au'sche Phänomen war in 3 von den 5 Fällen nachzuweisen, ein Kind von diesen 3 war rhachitisch. Das Facialisphänomen war nur bei 2 von den 5 tetanischen Kindern vorhanden; erhöhte mechanische Erregbarkeit der motorischen und sensiblen Nervenstämme bestand jedoch in allen 5 Fällen. Erhöhte galvanische Erregbarkeit des N. ulnaris und N. peroneus wurde in einem Falle nachgewiesen, die übrigen 4 Kinder konnten einer electrischen Exploration nicht unterworfen werden.

Der Verfasser untersuchte auch eine grössere Anzahl von an Rhachitis und Spasmus glottidis leidenden Kindern ohne manifeste Tetanie auf andere nervöse Erscheinungen und speciell auf die bei Tetanie vorkommenden einzelnen Symptome (latente Tetanie). Von 82 rhachitischen Kindern ohne spontane Tetanieanfälle litten 51 an Spasmus glottidis, 2 an Anfällen von Apnoe, 14 zeigten das Trousse au'sche Phänomen, 28 das Facialisphänomen, 3 Spasmus nutans mit Nystagmus, 1 Nystagmus allein, 2 Strabismus, 1 Hydrocephalus und 30 allgemeine Convulsionen.

Kindern mit Spasmus glottidis hatten 21 weder Facialisphänomen noch das Trousseau'sche Zeichen, 14 das Facialisphänomen allein, 2 Trousseau's Phänomen allein und 12 beides. Bei 31 rhachitischen Kindern ohne Spasmus glottidis fand K. nur 2 mal das Facialisphänomen und nie das Trousseau'sche Zeichen. "Meist waren die Kinder gut genährt und pastös, jedenfalls zeigten atrophische rhachitische Kinder alle diese Erscheinungen nicht häufiger als gut genährte rhachitische Kinder und der Grad der Rhachitis oder der Craniotabes speciell stand nicht in gleichem Verhältnisse zu der Intensität und der Häufigkeit der genannten nervösen Störungen. Dieselben fanden sich mitunter bei leichter Rhachitis sehr ausgeprägt und fehlten wiederum völlig bei schwerer Rhachitis mit starker Craniotabes. Auch waren diese Störungen sehr wechselnd und mitunter nur Stunden oder Tage nachweisbar."

Aus dem Angeführten ergiebt sich, dass das Chvostek'sche und Trousseau'sche Phänomen, welche vielen Autoren schon zur Annahme einer latenten Tetanie genügen, bei Rhachitis ziemlich häufig sind. Da diese Symptome auch bei anderen Krankheiten vorkommen und bei der manifesten Tetanie der Erwachsenen wie der Kinder durchaus nicht constant sind, glaubt der Verfasser, dass ihr Vorkommen weder zur Diagnose einer echten, noch einer latenten Tetanie ausreicht und ihr Fehlen nicht unbedingt gegen das Bestehen einer echten manifesten Tetanie spricht, die bei Kindern wie bei Erwachsenen in erster Reihe die symmetrischen, tonischen, intermittirenden, spontanen Spasmen mit ganz characteristischer Localisation und Stellung aufweist und zwar meist neben der Steigerung der mechanischen und electrischen Erregbarkeit der motorischen und sensiblen Nerven.

Die Tetanie scheint bei Kindern häufiger gleich alle 4 Extremitäten zu befallen, der Therapie zugänglich zu sein und häufiger einen acuten und subacuten Verlauf zu nehmen als bei Erwachsenen. Die Behauptung, dass die Tetanie nur ein Symptom und nicht eine eigenartige Krankheitsform sei, scheint K. noch sehr der Begründung zu bedürfen. Auch die so mannigfache Aetiologie der Tetanie kann den Zweifel an ihre Existenz als selbstständige Krankheitsform nicht rechtfertigen. "Vielleicht können verschiedene Toxine, Ptomaine, Infectionsstoffe und Stoffwechselstörungen denjenigen Zustand im Nervensystem erzeugen, der zur Tetanie führt. Vielleicht schaffen all' diese Ernährungsstörungen nur den geeigneten Boden für ein bisher noch unbekanntes hinzutretendes Agens bestimmter und specifischer Natur." Die der Tetanie zu Grunde liegenden Veränderungen dürften sowohl im centralen als im peripheren Nervensystem zu suchen sein. In einem Nachtrag erwähnt der Autor, dass seit April vorigen Jahres in ca. 31/2 Monaten in der Poliklinik weitere 5 Fälle von echter Tetanie beobachtet wurden. Alle 5 Kinder standen im 1. Lebensjahre und waren rhachitisch; in 3 Fällen wurden Spasmus glottidis und allgemeine Convulsionen, in 4 Trousseau'sches Phänomen, in 3 das Facialisphänomen constatirt, auseardem in allen 5 Fällen die electrische Erregbarkeit erhöht gefunden. Alle Fälle zeigten einen mehrwöchentlichen gunstigen Verlauf.

L. Löwenfeld.

320) Pitres und Sabrazès: Hystérie et grossesse. (Bulletin méd. 1896, S. 1050.)

Die folgende Beobachtung ist besonders interessant, weil sie lehrt, dass eine Emotion oder Autosuggestion ihren Einfluss nicht nur auf die Entwicklung der Schwangerschaft, sondern auch auf das Auftreten einer nervösen Pseudoschwangerschaft ausüben kann.

Die Kranke leidet seit ihrer Pubertät an Krisen, die sich in Aufschrei, Weinausbrüchen und einigen Zuckungen ohne Bewusstseinsverlust äussern.

Mit 22 Jahren heirathete sie.

Erste Schwangerschaft: Zur richtigen Zeit kam ein schwächliches und cyanotisches Kind zur Welt, das nach einer halben Stunde starb.

Erste Pseudo-Schwangerschaft: 8 Monate nach der ersten Niederkunft wünschte die junge Frau sich sehnsüchtlich ein Kind. Daraufhin sah sie ihren Unterleib progressiv stärker werden, die Brüste eine Flüssigkeit absondern, dieselben anschwellen; sie wies auch gastrische Störungen auf; die Regeln liessen beträchtlich nach, sie fühlte Kindsbewegungen etc. Die Hebeamme diagnostirte Schwangerschaft. Als sich im 8. Monat Koliken einstellten, fürchtete man Abort und liess einen Arzt holen, der das Eingebildete der Schwangerschaft nachwies. Drei Tage nach dieser Consultation waren alle Anzeichen der Schwangerschaft verschwunden.

Zweite Schwangerschaft: Einige Monate hierauf wurde Schwangerschaft von Arzt und Hebeamme constatirt. Im 6. Monat verspürte die Frau Lendenschmerzen und wurde von dem Gedanken gepeinigt, es könnte zu einer Fehlgeburt kommen. Einen Monat später wurde ein todtes, aber nicht

macerirtes Kind ausgestossen.

Dritte Schwangerschaft: Nach 2-3 Jahren wurde die Frau wiederum schwanger. Im 4. Monat wurde sie bei der Gelegenheit eines Feuerwerkes von der Furcht eines Abortes befallen, ging nach Hause, legte sich zu Bett und wurde 2 Tage darauf von einem todten Fötus, der aber ganz normales Aussehen hatte, entbunden.

Zweite Pseudo-Schwangerschaft: Nach Verlauf eines Jahres wurden wiederam eine ganze Anzahl Zeichen verspürt, die auf Gravidität hindeuteten. Als der hinzugezogene Arzt eine solche in Abrede stellte, ver-

schwanden diese eingebildeten Anzeichen wieder.

Vierte Schwangerschaft: Auch dieses Mal erfolgte Abort im 6. Monat. Die Schwangere sah auf der Strasse eine Katze von einem Wagen überfahren werden, verspürte sogleich heftige Schmerzen und abortirte 2 Tage darauf.

Dritte Pseudo-Schwangerschaft: Dieses Mal wiederum starkes Anschwellen des Bauches und der Brüste, Aufhören der Regeln etc.; gleichzeitig heftiges Sehnen nach einem Kinde. Als der Arzt auch dieses Mal die Nichtigkeit der vermeintlichen Anzeichen nachwies, waren dieselben nach 3 Tagen verschwunden.

Jetzt, nach 2 Jahren, weist die Frau äusserlich eine gute Gesundheit auf. Nachweisen liess sich: eine allgemeine Hypästhesie, besonders links; ferner sehr deutliche Gesichtsfeldeinschränkung, leichtes Zittern der Zunge und der Augenlider. — Die Untersuchung des Genitalapparates ergab das Vorhandensein einer Anteflexion und einer Endometritis cervicalis, die letztere

wohl die Folge der mehrfachen Fehlgeburten. Dieser Befund dürfte aber kaum im Stande sein, das Eintreten der Aborte zu erklären. Dieselben sind sicherlich auf die Suggestibilität der Kranken zurückzuführen, die jedesmal in der Furcht lebte, nicht bis zum richtigen Termin auszutragen.

Buschan.

321) F. X. Dercum (Philadelphia): Hysterische Monoplegie. (A case of hysterical monoplegia.)

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 3, S. 209)
55jähriger Mann erhält einen Schlag gegen die Schulter, der von grossen Schmerzen begleitet war. Bandagen und Ruhestellung während 2 Monaten brachten keine Besserung. Bei der Untersuchung wurde eine Monoplegie des linken Armes, segmentale Anästhesie desselben und blaues Oedem an Hand und Handgelenk, dazu Schmerzen auf der Brust and im Bioeps constatirt. Keine Gesichtsfeldeinengung. — Suggestion in der Hypnose

an Hand und Handgelenk, dazu Schmerzen auf der Brust and im Biceps constatirt. Keine Gesichtsfeldeinengung. — Suggestion in der Hypnose brachte nach 2-3 mal die Anästhesie und Lähmung zum Schwinden. Jedoch begannen sich die Muskelerscheinungen später bis zu einem gewissen Grade wiederum bemerkbar zu machen.

Buschan.

322) G. Treupel (Freiburg i. B.): Ueber die Art der Entstehung und die Behandlung hysterischer Motilitätsstörungen im Kehlkopfe.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895. Nr. 52.)

Es handelt sich theils um anfallsweise auftretende, theils um chronische Störungen, die ebenso plötzlich verschwinden können wie sie entstehen und alle das Gemeinsame haben, dass die normaler Weise beim Athmen und Sprechen im zweckmässigen Zusammenwirken sich abspielenden Stimmbandbewegungen unterbrochen resp. modificirt werden. Ursache können entweder Functionsstörungen der Centra für die Athem- und Stimmbewegungen in der Rinde und in der Medulla oblongata resp. der dieselben verbindenden Bahuen oder Beeinträchtigung der die Stimmbandbewegungen veranlassenden und begleitenden psychischen Vorgänge sein (die für jede Bewegung nöthige Vorstellung, der von ihr geleitete Wille und der schliesslich daraus hervorgehende Innervationsimpuls kann verkehrt, zu schwach oder zu stark sein).

Solche psychische Beeinträchtigungen kommen bei den hysterischen Motilitätsstörungen im Kehlkopf nur in Frage. Ebenso wie man bei hysterischen Personen, welche von ihrer Motilitätsstörung geheilt sind, dieselbe mit allen ihren Merkmalen wieder hervorrufen kann, wenn man die Person in der früheren verkehrten Weise athmen oder sprechen lässt, kann man auch, wie T. sich überzeugt hat, bei Gesunden alle die Störungen des Athmens und Sprechens, die bei Hysterischen beobachtet sind, mit denselben äusserlichen Merkmalen und Kehlkopfbildern künstlich hervorrusen. man z. B. einen Gesunden gentigend lange Zeit mit schlürfendem Tone tief einathmen und dann den dabei erzeugten Ton unterdrücken lässt, nähera sich die Stimmbänder bei den Inspirationen statt sich von einander zu ent fernen. Lässt man ihn mit Flüsterstimme sprechen, so treten die mannigfachen Kehlkopfbilder auf, die man als Lähmungen der Kehlkopfmuskels auffasst; und lässt man beim Flüstern gleichzeitig pressen, so springen über den scheinbar gelähmten Stimmbändern die Taschenbänder unter Umständen bis zur gegenseitigen Berührung hervor.

Es handelt sich dabei also gar nicht um eigentliche Stimmbandlähmungen, sondern es werden nur einzelne Muskeln oder ganze Muskelgruppen ansser Function gesetzt.

Nach T. sind demnach "die Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei den Hysterischen nichts anderes als jedem Gesunden mögliche und bei genügender Uebung gut ausführbare Modificationen normaler Bewegungen; der Hysterische unterscheidet sich von dem Gesunden dadurch, dass er die gelegentlich angenommenen eigenartigen Bewegungen unter dem Einflusse einer krankhaften Vorstellung beihehält." Diese drängt sich dem Hysterischen mit solcher Gewalt auf, dass er gegen ihre Folgen nicht mehr mit seinem Willen anzukämpfen vermag. Unter besonderen Umständen jedoch (z. B. im Schlafe) kann sich der Wille plötzlich Bahn brechen, worauf dann sofort der normale Bewegungsvorgang auftritt. Dazu gehört das Einführen eines stärkeren Reizes.

Die Therapie hat demnach vor Allem eine psychische Beeinflussung anzustreben, womit systematische Stimm- und Athemübungen, deren Methodik T. genauer beschreibt, einherzugehen haben und Regelung der gesammten Lebensweise Platz greifen muss.

In einem Nachtrage beharrt T. gegenüber Burger's kritischen Einwendungen auf seinem Standpunkte und betont noch, dass es bei genügender Uebung auch gelingen kann, die Kehlkopfmuskeln so zu innerviren, dass das Bild einer vorwiegend einseitigen Lähmung vorgetäuscht wird.

Hoppe.

323) Marfan: Paraplégie hystérique ou astasie-abasie.
(Bullet. méd. 1896, S. 139, Febr. 9.)

11jähriger Knabe aus belasteter Familie zeigt seit 10 Tagen die Anzeichen der Astasie-Abasie. Anamnestisch ist von Wichtigkeit, dass derselbe bis zu seinem 7. Jahre keine auffälligen Erscheinungen darbot, seitdem hat sich in seinem Character eine auffallende Veränderung in malam partem vollzogen. Seit 2 Monaten 'ferner klagt er über Gefühl von Zusammengeschnürtsein des Halses und erhebt sich Nachts, um aus dem Fenster zu steigen. Seit dieser Zeit wird er auch von hysterischen Krisen heimgesucht, die sich zuletzt allabendlich einstellten. — Die Untersuchung ergab folgendes:

Im Liegen ist das Kind fähig, alle Bewegungen der Unterextremitäten auszuführen, jedoch mit einer gewissen Langsamkeit und Krastlosigkeit. Es besteht also ein gewisser Grad von Muskelschwäche. Keine Steisigkeit der Unterextremitäten, jedoch deutliche Steigerung der Kniescheibenreslexe; kein Fussclonus. Hingegen ist das Kind nicht im Stande, zu stehen oder zu gehen; stets bricht es beim ersten Versuche zusammen. — Es bestehen seiner sehr ausgeprägte Sensibilitätsstörungen: complete Anästhesie der beiden Beine bis gerade zum Kuie herauf; darüber hinaus nur Verminderung und Verlangsamung der Empfindlichkeit. Au den Oberextremitäten vollständige Anästhesie der Hand und unvollständige der Arme und Vorderarme. Am Rumpse ist die Hautsensibilität gesteigert. Hyperästhetische Stellen längs der Wirbelsäule, auf den Schulterblättern, unterhalb der Brustwarzen und in der Höhe der Darmbeingruben. Druck auf diese Stellen rust Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. August-Heft 1897.

keiner Anfall hervor. Endlich besteht noch vollständige Pharynxanästhesie. Keine Gesichtsfeldeinschränkung, keine Dyschromatopsie.

M. fasst den geschilderten Zustand als eine Combination, als einen

Uebergang von hysterischer Paraplegie und Astasie-Abasie auf.

Die Behandlung bestand in systematischen Uebungen, und vor Allem in verbaler Suggestion. Der Erfolg war überraschend. Schon nach 8 Tagen konnte das Kind wieder allein, freilich nur vorsichtig, gehen; nach Ablauf von 14 Tagen war sein Gehen und Stehen wieder ein ganz normales. — Bei der Entlassung war das Verhalten der Sensibilität ziemlich dasselbe geblieben. Die Anästhesie reichte jetzt bis zur Mitte des Oberarms und Oberschenkels hinauf. Die Pharynxanästhesie bestand noch, ebenso die Hyperästhesie des Bückens und die Steigerung der Patellarressexe.

Buschan

324) K. Petrén: Einige Falle von Astasie-Abasie. (Nagre fall af Astasi-Abasi.)
(Hygiea, 58. Bd., 1896, S. 515.)

1. 28jährige Frau litt an Hysterie und Veitstanz-ähnlicher Form von Astasie-Abasie. Eigenthümlich war der Umstand, dass die Kranke mit Krücken geben konnte, ohne dass sie genöthigt war, sich auf diese zu stützen, während sie ohne Krücken weder gehen noch aufrecht stehen konnte.

2. 22jährige Frau hatte verschiedene hysterische Symptome, darunter eine linksseitige Facialisparese. Im Anfange glaubte der Verfasser an die Möglichkeit eines Cerebellarleidens. Da aber die Kranke genas, nimmt er an, dass es sich um chorea-ähnliche Abasie handelt.

3. 47jährige Frau mit hysterischem Stigmata und rein paralytischer Abasie.

4. 69jähriger Mann mit Schwäche des Intellects and trepidanter Abssie. Wenn der Kranke in den Rücken einen kräftigen Stoss erhielt, konnte er einige Schritte ganz normal gehen.

Der Verfasser schliesst sich an die allgemeine Auffassung von der Abasie als einer Aeusserung der Hysterie. Im letzten der hier mitgetheilten Fälle und einigen aus der Litteratur könnten vielleicht Zweifel gegen die hysterische Natur des Leidens erhoben worden sein.

325) P. Ranschburg: Studien über das normale und das hysterische Bewusstsein.*)

(Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XV, Heft 2 u. 8.)

Der Verfasser argumentirt folgendermaassen: Da eine jede psychologische Function von dem Vorgange des Bewusstseins begleitet wird, so ist das Bewusstsein ein integrirender Factor aller der Elemente, die an der Bildung geistiger Vorgänge Theil nehmen. Das Bewusstsein steht mit den materiellen Processen der Hirnelemente in einem causalen Zusammenhange und muss als ein Product der Energie der Hirnelemente aufgefasst werden. Diese Energie verbindet die einzelnen Elemente des Bewusstseins durch die Association und kann als "Associationsenergie" bezeichnet werden. Das Selbstbewusstsein ist eine höhere Entwicklungsform des Bewusstseins, welches in dem wachen Geistesleben des entwickelten Menschen die vorherrschende Rolle spielt, indem es die meisten Bewusstseinsvorgänge begleitet. Das

^{*)} Vergl. auch Juli-Heft, S. 368 f.

"primäre Ich" oder das Selbst ist die innere Projection des Körpers im Bewusstsein. Das secundare Ich ist die Synthese der biologischen und socialen Erfahrungen und der intellectuellen Consequenzen derselben. den hysterischen Individuen ist das Bewusstsein dadurch characterisirt, dass die associative Energie abnimmt und dass das Bewusstsein enger wird. Die Einengung des Bewusstseinsfeldes ist nicht der primäre Vorgang, wie Janet lehrte, sondern sie entsteht durch die absolut oder relativ verminderte associative Energie der Hirnelemente. Die verminderte Associationsfähigheit hat ihre Ursache in der Degeneration des Centralnervensystems und in der dadurch bedingten geringeren Arbeitsfähigkeit des Gehirnes. Die hysterischen Anästhesien erklären sich als Folgezustände der Einengung des Ichbewusst-Diese Einengung hat ihren Grund, wie schon erwähnt, in der Abnahme der associativen Energie. Die periphere Vertheilung der Anästhesien wird theils durch biologische Zweckmässigkeitshinsichten, theils durch die noch unbekannte histologische Structur der Sinnescentren, theils durch persönlich mehr oder weniger unbewusste Vorstellungen oder durch Combination dieser drei Factoren beeinflusst. Behr-Riga.

336) L. Hajos: Ueber hysterische Amnesien.
(Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XV, Heft 2 u. 3.)

Die Arbeit von Hajos fusst auf den Studien von Ranschburg und betrachtet die Entstehung der hysterischen Amnesien von dem Gesichtspunkte der verminderten Associationsenergie. Die Enge des Bewusstseins erzeuge zu gewissen Zeiten einen Zustand, in welchem nur solche Reize Aufnahme fänden, die lebhafte Gemüthsfärbungen hervorrufen. Das "affective Ich" erlange die Oberhand und schaffe die Bedingungen zur weiteren Einengung des schon an sich engen Bewusstseins. Das Characteristische aller jener Zustände, welche den Boden für die Entstehung der Amnesien bilde, "der amnesiogenen Zustände", liege in der Enge des Bewusstseins. Das Bewusstsein werde während der amnesiogenen Phase immer enger, bis endlich nur diejenigen Reize zur Geltung kämen, die mit stärkeren Affecten Die Stimmungen wären so lebhaft, dass jeder disponible einhergingen. Theil der associativen Energie verbraucht würde. In diesem Zustande kämen viele Reize, welche ungeeignet waren, Stimmungen zu erwecken, nicht zum Bewusstsein des Individuums und diese indifferenten Reize ergäben die Amnesien. Die Quelle sämmtlicher hysterischer Stigmata wäre die verminderte Associationsfähigkeit, "das enge Bewusstsein". Dieses könne man daher mit Recht "das Stigma der Stigmen" benennen. In der Function des hysterischen Nervensystems gäbe es kein Element, welches bei der Function des normalen Gehirnes nicht zu finden wäre, nur der Vorgang der Associationen vollziehe sich mit verminderter Kraft und mit anderer Eintheilung.

Es ist nicht zu leugnen, die Arbeiten von Ranschburg und Hajos enthalten originelle und interessante Gedanken. Leider bewegen sich aber die Verfasser auf so metaphysischem Boden, dass sie eine scharfe Kritik herausfordern. Auf die erwähnten Arbeiten passt ein Wort Langwieser's, welcher die verschiedenen Principien der Bewusstseinserklärung glossirt. "Auch wird das Bewusstsein für die höchste und edelste Erscheinungsform

Digitized 12 Toogle

der Energie ausgegeben. Das sagen Forscher, deren Lebensaufgaben in der Erforschung der Organisation und der Function des Gehirnes besteht, die somit genug Gelegenheit und Anregung haben, den höchst complicirten Mechanismus der Centralorgane des Nervensystems in seiner Beziehung zur bewussten Thätigkeit, die seine Leistung ist, richtig zu würdigen, die aber trotzdem, die Bedeutung der mechanischen Einrichtungen verkennend, das Bewusstsein zu einer Eigenschaft der einfachsten Substanz oder gar zu einer specifischen Energie machen. Das ist gerade so, als ob Jemand, vor einer sehr complicirten Maschinerie stehend, die durch strömendes Wasser in Bewegung gesetzt wird, die Maschine selbst unbeachtet liesse, sich aber in Bewunderung darüber erginge, was für edle Eigenschaften dieses Wasser zeige, weil es so schöne Arbeiten verrichte." (Cfr. Lang wieser: Der Bewusstseinsmechanismus im Gehirn des Menschen.)

Behr-Riga.

327) Clark Bell: Ist Spurgeon Joung in Folge von Verletzungen während

Hypnotisirung durch Ignoranten gestorben?

Der Präsident der Med. Leg. Gesellschaft in New-York, Clark Bell, ist von dem Coroner um ein Gutachten bezüglich obigen Falles angegangen worden und hat gelegentlich auf Umfragen bei hervorragenden Aerzten, bei Juristen und bei Hypnotiseuren die folgenden Antworten erhalten. Die Thatsachen waren: Ein 17jähriger Farbiger, kräftig und gut genährt, Diabetiker, war über 6 Monate ein chronisch-sensitives Subject von äusserster Empfindlichkeit für hypnotische Einflüsse gewesen, denen ihn rücksichtslose, ungeschickte Dilettanten wiederholt und lange aussetzten. So z. B. wurde in seinem cataleptischen Zustande mit unterstütztem Kopfe und Füssen — nach Art einer Brücke — ein Mann auf ihn gestellt oder gesetzt etc Nach Zuständen von Trance mit Erwachen in gestellter Frist klagte er beim Erwachen über Frostschauer, Abgeschlagenheit, Unwohlsein Die Section ergab: Gute Ernährung, links leichte Erweichung des Gehirns, harte, kleine Nieren mit kleinen Tuberkeln in den tubuli sin.

Auf Grund von Gutachten, die einen Zusammenhang von Hirnerweichung mit Diabetes als mögliche Folge des Hypnotisirens annahmen, gab die Jury den Spruch ab: dass H. hier den Tod durch Diabetes und nervöse Erschöpfung hervorgebracht haben. Ein Theil der Befragten hatte sich auf für eine Verschlimmerung des Leidens durch H. ausgesprochen und nur der Herausgeber des Hypnotischen Magazins in Chicago erklärte, dass — so närrisch hypn.-cataleptische Vorführungen und so gefährlich solche Sinnestänschungen zu erachten sind —, dass eine Beschädigung seiner Meinung nach hier durch Hypnose nicht erfolgt sei.

H. Kornfeld.

328) A. Pitres et E. Régis: L'obsession de la rougeur (Erythrophobie). (Arch. de Neurol., Januar 1897.)

Die Verfasser unterscheiden 1. Ereuthose simple: eintaches, häufiges Erröthen; 2. Ereuthose émotive: oft und in bestimmten Lebensabschnitten — Pubertät, Climacterium auftretend; die Betroffenen fühlen sich unbehaglich, müssen viel daran denken, ohne aber dass der Zustand den der obsession erreicht; 3. Ereuthose obsédante. Vorwiegend erkranken junge neurasthenische und hereditär belastete Männer. Die Phobie verfolgt ihre Opfer

schliesslich auf Schritt und Tritt, alle Mittel und Kunstgriffe sind dagegen machtlos; ein allgemeiner Unwille, ja Zorn gegen die ganze Menschheit und Lebensüberdruss ergreift den Kranken. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass unter 7 vier dem Trunk verfielen, einmal um sich Muth zu trinken, dann aber auch in dem Glauben, die Alcoholröthe werde die andere verdecken. Ein Kranker verlangte als ultima ratio die Unterbindung der Carotiden. Es folgen 2 selbstverfasste Krankheitsberichte, die ein klares Bild von dem Zustand geben; der eine Patient litt ausserdem an periodischer Polybezw. Oligurie. In den Schlussausführungen wird der gut gelungene Beweis geführt, dass das affective Moment, die Furcht oder Angst, die Hauptrolle bei der Ereutophobie spielt, während das intellectuelle, die Zwangsidee (l'idée fixe) nicht immer vorhanden zu sein braucht. Bei der Gelegenheit wird erwähnt, dass schon Morel 1866 die obsessions als délire émotif beschrieben hat.

329) W. v. Bechterew: Die Angst zu erröthen als besondere Krankheitsform.

(Obosrenje psichiatrii i nevrologii Nr 12, 1896 und Nr. 1, 1897.)

v. Bechterew theilt zwei ausführlich beschriebene Krankheitsfälle

mit, bei welchen die Patienten ohne allen Grund plötzlich errötheten und dieses Erröthen trat besonders dann auf, wenn es den Kranken peinlich erscheinen musste (z. B. bei Erscheinen einer Gesellschaft). Beide Kranke, ein junger Mann von 20 Jahren, bei dem das Leiden seit 9 Jahren besteht, und ein 35jähriger mit 4jähriger Krankheitsdauer, erwarten mit einem gewissen Angstgefühl die ihnen lästige Erscheinung, aber sobald sich diese

und ein 35jähriger mit 4jähriger Krankheitsdauer, erwarten mit einem gewissen Angstgefühl die ihnen lästige Erscheinung, aber sobald sich diese Angst einstellt, so sind sie schon purpurroth im Gesicht. Im Dunkeln, wenn sich der Kranke unbeobachtet wähnt oder wenn seine Aufmerksamkeit abgelenkt ist, bleibt das Erröthen fort, um sofort wieder aufzutreten, sobald er sich seines Gebrechens erinnert; bei dem einen Kranken konnte auch Erröthen des Gesichts (beim Verlegensein etc.) wie bei allen normalen Menschen eintreten, dasselbe war jedoch von keinerlei Angstgefühl begleitet.

In einem weiteren Artikel wahrt sich Prof. Bechterew, auf die Mittheilung von Pitres et Régis auf dem Congress zu Nancy (August 1896) über ähnliche Krankheitsfälle (von ihnen Erythrophobie genannt) binweisend, die Priorität der Beobachtung, da er seine beiden Kranken schon im April und Mai 1896 gesehen hat v. Bechtere w stimmt auch nicht mit den französischen Forschern überein, dass das Leiden nur im Mannesalter auftritt, da bei einem seiner Kranken dasselbe seit dem 11. Jahre bestand; er pflichtet ihnen aber vollkommen bei, dass die Krankheit äusserst deprimirend auf die Patienten wirkt und sogar dieselben auf Selbstmordgedanken bringen kann. Leider erwies sich bei allen Autoren eine vollkommene Erfolglosigkeit der Therapie. Was die Pathogenese betrifft, so glaubt v. Bechterew, dass der Grund in einer abnormen Erregbarkeit des von ihm beschriebenen (Neurologisches Centralblatt 1896, Nr. 18) corticalen Centrums der Gefässerweiterung zu suchen ist.

A. Bary (St. Petersburg).

B. Psychopathologie.

1. Specielle Pathologie.

330) Redlich: Ueber die polyneuritischen Psychosen. (Wiener klin. Wochenschr. 1896, 25, 26, 27.),

Das Wesentlichste der vorliegenden Arbeit bildet die Mittheilung zweier Fälle von polyneuritischer Psychose.

In Fall 1 handelt es sich um eine dem Trunke stark ergebene Frau, die schon früher öfters an schreckhaften Sinnestäuschungen gelitten hatte. Dieselbe zeigte Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, lähmungsartige Schwäche in einzelnen Nervengebieten, besonders in den unteren Extremitäten, Parästhesien und an Intensität schwankeude Hypästhesien, Herabsetzung der Patellarreflexe, intacte Blase und Mastdarm. Dazu gesellten sich dyspnoetische Anfälle, die Verfasser wegen hoher Druckempfindlichkeit des Vagus mit einer Affection dieses Nerven erklärt. Bezuglich der Actiologie ist ausser dem Alcoholismus noch das längere Bestehen einer Magendarmaffection zu erwähnen. Die psychischen Störungen der Kranken, welche vor ihrer Aufnahme ein kurzdauerndes Stadium von Verwirrtheit und Aengstlichkeit durchgemacht hatte, bestanden besonders in bedeutenden Gedächtnisstörungen. Sie erwies sich zeitlich und örtlich vollkommen disorientirt und verkannte ihre Umgebung. Dass keine Demenz bestand, konnte leicht erwiesen werden. Ausserdem waren Erinnerungstäuschungen und -Fälschungen sehr ausgesprochen. Verfasser sucht die Gedächtnissstörungen näher zu analysiren und kommt zu dem Schlusse, dass es sich um Störungen in der Associationsthätigkeit des Gebirns handelt, die bedingt sind durch anatomische Veränderungen degenerativer Natur in den Elementen der Hirnrinde, hervorgerufen durch die genannten Gifte. (Er vermuthet periaxiale Neuritis, die die Möglichkeit einer Regeneration bietet.)

Im 2. Falle handelt es sich um einen Schnapstrinker, bei dem nach Ablauf eines Alcoholdelirs und eines Stadiums relativer Besonnenheit, wäbrend welchem jedoch hallucinatorische Zustände fortbestanden, sich eine Gedächtnissstörung entwickelte. Er zeigte neben den polyneuritischen somstischen Erscheinungen eine hochgradige Desorientirtheit, die mit Besserung der allgemeinen Symptome schwand. Die Gedächtnissstörungen blieben am Lehmann (Werneck). längsten bestehen.

331) Schulze-Bonn: Ueber pathologische Schlafzustände und deren Beziehung zur Narcolepsie.

(Allg. Zeitschr. Bd. 52.) Mit Narcolepsie bezeichnet Gélineau eine Neurose, die characterisirt ist "par un besoin de dormir impérieux, subit et de courte durée, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés". Spatere Autoren sahen darin keine selbstständige Krankheit, sondern nur ein Symptom, als dessen Ursache z. B. Mendel Hysterie, Epilepsie, Geistesstörung, Herzleiden und Stoffwechselerkrankung fand. Vornehmlich Hysterie scheint damit ätiologisch zusammenzuhängen, demnächst Epilepsie. Manche Autorea sprechen direct von epileptoiden Schlafzuständen oder bezeichnen die Erscheinung als epileptisches Aequivalent. Digitized by Google

Verfasser beschreibt 2 Fälle, die beide offenbar auf epileptischer Basis stehen. Im ersten handelt es sich um ein ca. 25 Jahre altes Mädchen. welches innerhalb eines halben Jahres zwei mehrtägige epileptische Tob. suchtsanfälle durchmachte, während des zweiten dieser Anfälle wurden auch Zuckungen in den Extremitäten beobachtet. Darauf folgten ein Vierteliahr hindurch oftmals ganz plötzlich und zu verschiedenen Zeiten eintretende Schlafanfälle, denen meist Kopfweh voraufging. Sie war durch nichts aufzuwecken, reagirte auf Nadelstiche nicht, die Pupillen reagirten auf Lichtreiz. Nachher bestand Amnesie. Diese Anfälle hörten mit der Geburt eines Kindes auf, mit dem Patientin schwanger war. Hysterische Anzeichen Im zweiten Falle wurde ein 50 Jahre alter Weichenwärter mehrmals während des Dienstes schlafend betroffen und obwohl er kein Trinker war, hatte er Zustände, in denen er betrunken, verstört, geistesabwesend und verwirrt erschien. Auch Gedächtnissschwäche fiel bei ihm auf. der Anstaltsbeobachtung zeigte er mehrmals Schwindelanfälle von kurzer Dauer, die als petit mal gedeutet wurden. Der Patient war belastet, eine Tochter epileptisch. Wolff (Münsterlingen).

332) S. Soukhanoff (Moscou): Du trouble mental dans le goitre exophthalmique.

(Revue neurologique Nr. 15, 1896.)

Der Verfasser berichtet über 2 Fälle von Morbus Basedowii mit psychischer Störung. Beobachtung I betrifft einen erblich schwer belasteten jungen Menschen von 18 Jahren, bei welchem Mai 1893 die ersten Anzeichen von Morbus Basedowii auftraten. Bei der Aufnahme in die psychiatrisshe Klinik (24. September 1894) wurde folgender Status notirt: Acusserst abgemagertes Individuum; an den Ohren und Zähnen Degenerationszeichen; an den Augen das Graefe'sche Symptom. Die Schilddritsen beträchtlich vergrössert, das Herz erweitert, 120 Contractionen mit sichtbarer Erschütterung des Thorax; ein sehr ausgesprochenes systolisches Geräusch, Spuren von Eiweiss im Urin. Der Kranke ist schwach, fast unfähig, sich ohne Stütze aufrecht zu erhalten. Er begreift anscheinend nicht, wo er sich befindet. Oft antwortet er nicht auf die Frage, welche man an ihn richtet, schliesst die Augen und sieht Niemand an, wird ärgerlich, wenn man ihn berührt, ruft "Mama, Mama" etc. Am nächsten Morgen mehr Lucidität, doch weiss der Kranke nicht, wann er in die Klinik eingetreten ist und mit wem. Seine Incoharenz hat einen eigenthumlichen Character: "A guten Tag, Sie sind es mit dem rothen Bart? Was ist das? Manchettenknöpfe? Ich habe eine Uhr bei Ihnen gesehen; Sie hatten eine andere Hose gestern an, glaube ich. Ich kann alle Farben unterscheiden, grau, grün, gelb, Paul hier hat einen gelben Bart etc." Die neue Umgebung macht keinen Eindruck auf den Kranken; Hallucinationen, Illusionen oder Wahnideen sind bei demselben nicht vorhanden. Auch am folgenden Tage zeigt seine Incoharenz eine gewisse Eigenart; er spricht nur von dem, was er vor Augen hat, jeder Gegenstand zieht seine Aufmerksamkeit auf sich und er thut, was ihm im Augenblick einfällt, singt z. B. bei Nacht; dabei ist er von gutem Humor, lacht häufig und macht sich wegen seiner Krankheit keine Sorge. Digitized by Google In der folgendsn Zeit bessert sieh sein psychischer Zustand, er beginnt zu lesen und sich verständiger zu benehmen. Am 28. September ein epileptischer Anfall von 2—3 Minuten Dauer, der eine vorübergehende Verschlimmerung in psychischer Hinsicht zur Folge hatte. Allmählig wurde das Bewusstsein klarer, doch klagt der Patient noch einige Zeit über Schwierigkeiten beim Denken und Gedächtnissschwäche. Die physischen Kräfte kehren ebenfalls allmählich wieder; der Kranke nimmt an Gewicht zu, die Struma bleibt dagegen in dem Status quo ante

Der Verfasser glaubt nicht, dass man es im vorliegenden Falle mit der Amentia Meynert's zu thun hat Die Incohärenz des Kranken liess eher eine Störung des Willens und einen hochgradigen Nachlass der activen Aufmerksamkeit als einen unregelmässigen Verlauf der Ideenassociation annehmen; auch reine Manie und maniakalische Exaltation hält der Verfasser für ausgeschlossen.

Der Patient starb plötzlich einige Zeit nachdem er die Klinik verlassen hatte; man hatte bei ihm noch zweimal epileptische Anfälle beobachtet.

In Beobachtung II haudelte es sich um eine 33jährige erblich belastete Frau. welche mit 17 Jahren heirathete und 7 Kinder hatte. Vor 6 Jahren. während einer ihrer Schwangerschaften, begann die jetzt bestehende Struma sich zu entwickeln und bereits vor 3 Jahren, nach dem Tode eines ihrer Kinder stellte sich ein Verstimmungszustand ein, welcher nach einem Jahre abnahm, während der letzten 6 Monate sich jedoch wieder steigerte. Angstzustände hatten sich übrigens schon mit dem Auftreten der Struma oder vielleicht schon vor demselben eingestellt. Bei der Aufnahme 24. April 1895 wurde constatirt: Ungenügende allgemeine Ernährung; Zittern und fibrilläre Zuckungen an der Zunge. Vergrösserung der Schilddrüse, insbesonders rechts. Starkes Zittern der Hand, Kniephänomen gesteigert. Appetit gering, Puls 88 in der Minute, Menses regelmässig. häufiger und andauernder Kopfschmerz seit 2 Monaten, Taubheitsgefühl in den Gliedern, Gefühle von Hitze und Pulsiren am gauzen Körper. Psychisch: die Erscheinungen einer hypochondrischen Melancholie.

Der Verfasser hält es für möglich, dass im ersten Falle die psychische Störung durch dieselbe Ursache wie der Morbus Basedowii herbeigeführt wurde (Degeneration, begleitet von einer gewissen Prädisposition). Er glaubt jedoch nicht, dass man sich begnügen darf, die Psychose in diesem Falle als eine hereditäre, i. e. lediglich durch Degeneration bedingte zu betrachten. Nach seiner Auffassung ist die in Frage stehende geistigs Störung auf 3 Umstände zurückzuführen: 1. Intoxication des Organismus in Folge der Affection der Schilddrüse, welche gewöhnlich den Morbus Basedowii begleitet; 2. Veränderung der Circulation im Gehirn, welche in unmittelbarem Zusammenhange mit dem ganzen Leiden steht; 3. Degeneration und eine psychische Prädisposition; letztere Momente sind entferntere Ursachen als die beiden ersten. In Beobachtung II stehen der Morbus Basedowii und die Psychose in keinem directen Zusammenhange wie in Beobachtung I; die beiden Affectionen entwickelten sich ziemlich gleichzeitig. L. Löwenfeld.

333) Hiram Elliott (Woodhaven, N. Y.): Insanity of pabescence. (The Medic. Rec., 18. Juli 1896.)

Ueber die in den verschiedenen Lebensaltern auftretenden Geisteskrankheiten sind diejenigen der Jugend für das Studium am interessantesten und lehrreichsten. Da in diesem Alter die "geistige Maschinerie" noch weniger verwickelt und deshalb leichter verständlich ist, so werden selbstverständlich auch irgend welche Fehler der geistigen Thätigkeit leichter bemerkt und gewürdigt - und das um so mehr, als die meisten der in der Jugend vorkommenden Geisteskrankheiten mit dem sich mehr und mehr entwickelnden Geschlechtstriebe in einigem Zusammenhange stehen. Die in dieser Periode auftretenden Geisteskrankheiten passen sich im Allgemeinen nicht einem bestimmten Typus an, wie das bei den Geisteskrankheiten des späteren Alters statt hat. In der Jugend findet sich, selbst im Zustande der Gesundheit, nichts Festes: die Vorsätze, die Erregungen, die Stimmungen, Alles wechselt, und wenn geistige Erkrankung eintritt, zeigen sich dementsprechend sogar an derselben Person oft die am weitesten auseinanderliegenden Erscheinungen. Zwar findet man gelegentlich auch Beispiele ziemlich typischer Melancholie oder maniakalischer Zustände, doch verräth hier die Untersuchung gewöhnlich bald, dass Temperament und Character, sei es vorzeitig, sei es in Folge vorgeschrittenen Alters deutlich bestimmt und umgrenzt sind, sowie dass der Kranke der Masturbation nicht ergeben ist oder war.

Unter den Ursachen der Geisteskrankheiten im jugendlichen Alter spielen Vererbung und Masturbation die Hauptrolle; eine geringere: schlechte Körperconstitution, Ueberarbeitung, Unmässigkeit, namentlich auch Tabakgenuss, Trauma, Shock, Kummer n. s. w.

Betreffs der Häufigkeit der Geisteskrankheiten in der Jugend untersuchte Verfasser 22,231 Fälle, die innerhalb 5 Jahren in den öffentlichen Irrenanstalten des Staates New-York behandelt wurden. Dieselben zeigten, dass Geisteskrankheiten zwischen dem 20. und 25. Jahre 2 mal, zwischen dem 25. und 30. Jahre 3 mal so häufig zu sein scheinen als zwischen dem 15. und 20., und ferner, dass von den unter 20 Jahren aufgenommenen Kranken meistens die Hälfte im Alter von 18-20 Jahren stand.

Was den Verlanf der in Frage stehenden Krankheiten betrifft, so pflegen dieselben, gerade wie die meisten Geisteskrankheiten überhaupt, mit einer kürzeren oder längeren Depressionsperiode auzufangen. Nach einiger Zeit stellen sich dann gewöhnlich die mannigfaltigsten Symptome ein — vom tiefsten Stupor bis zur äussersten Exaltation, von der gefälligsten Stimmung bis zur feindseligen Schamlosigkeit, vom geräuschvollsten Lachen bis zum bittersten Weinen. Im Allgemeinen jedoch herrschen nach Verfasser nicht, wie man gewöhnlich annimmt, maniakalische, sondern schmerzliche Geisteszustände vor; in fast allen Fällen aber besteht die Neigung zu plötzlicher Remission und Exacerbation der Symptome.

Die Prognose ist nach Verfasser nicht so günstig, als Clouston und Bevan Lewis (51 und 73° o Heilungen) angeben. Allerdings beziehen sich seine statistischen Angaben nie auf die in den Irrenanstalten befindlichen, nicht auch zugleich auf diejenigen Kranken, welche wegen der Geringfügigkeit ihrer Geistesstörung — meist handelt es sich hier um Kranke

unter 17 Jahren - die Anstalten nicht aufsuchen. E. fand, dass von den Kranken unter 21 Jahren 280, dagegen von solchen zwischen 20 und 30 Jahren 23%, zwischen 30 und 40 Jakren nur 20% geheilt wurden. Die durchschnittlich im Laufe von 6-9 Monaten eintretende Heilung ist oft eine vollkommene und dauernde. Von den Nicht-Geheilten stirbt eine kleine Anzahl an Erschöpfung oder intercurrenten Krankheiten; eine grössere Anzahl wird so weit gebessert, dass ein weiteres Verbleiben in der Anstalt nicht nöthig ist; der Rest verfällt in Demenz verschiedenen Grades.

Die Behandlung hat in erster Linie den Reizungen des Nervensystems vorzubeugen, seine Erschöpfung zu beseitigen.

Voigt (Oeynhausen).

334) E. Beyer: Ueber eine Form der acuten Verworrenheit im climacterischen Alter.

(Arch. f. Psych., Bd. 29, 1.)

B. beschreibt hier in sehr verdienstvoller Arbeit 4 Falle einer Psychose, die nach Lebensalter, Aetiologie und Symptomgruppirung eine selbstständige Stellung, einerseits der nächstverwandten Amentia gegenüber, andrerseits unter den Psychosen des Bückbildungsalters verdient und die er deshalb climacterische Verworrenheit geunt. Seine 4 Falls betreffen Fragen zwischen dem 52. und 56. Lebensjahr, also im nuchclimacterischen Alter, die seit der um 1-4 Jahre vorausgehenden Menopause an psychischen und somatischen Beschwerden (Reizbarkeit, leichtere Verstimmung, Ohrensausen, Schwerhörigkeit a. a.) litten und nun im Anschlusse an gehäufte Sorgen und Aerger einmal an Influenza, nach einem mehrwöchentlichen depressiven Prodromalstadium an einer Amentia artigen Psychose erkrankten: Sie wurden unter Verlust der Orientirung ängstlich erregt, hörten Simmen und vagen Lärm, sahen Gestalten und undeutliche Erscheinungen, redeten verwirrt, schrieen, tobten, zerrissen ihre Kleider und geberdeten sich sinnlos, gegen Jeden aggressiv vorgehend.

In den Morgenstunden der ersten Tage wurden Remissionen beobachtet, später wechselte oft Erregung mit ängstlicher Gebundenheit; constant war Angst und Desorientirung. Nach mehreren Wochen liessen die stürmischen Erscheinungen nach, aber Verwirrtheit und ängstliche Verkennung der Umgebung blieb, bis nach 1 - 4 monatlicher Dauer Heilung eintrat und zwar auch Heilung der vor dem Ausbruche der Psychose bestehenden climac-

terischen Beschwerden.

Nach dieser Schilderung erscheint die Abtrennung dieser Fälle von der typischen Amentia gerechtsertigt, namentlich in Hinsicht auf die besondere Actiologie: Eine Art climacterischer Cachexie (Ref.) als Grundlage und gemüthliche Erregungen als Ursache. Aus dem ausführlichen Abschnitt über Differentialdiagnose sei nur das wichtigere erwähnt: Gegen die typische Amentia sprächen mehrwöchentliche Prodrome depressiver Art, der einförmige und immer beängstigende Character der Hallucinationen und ein häufiges Krankheitsgefühl; bei agitirter Melancholie herrschen Angst, motorische Erregung und depressive Wahnideen, meist ohne Sinnestäuschungen vor; ein Delirium tremens verrathen eventuell die Elasticität der Hallucinationen, ausser den sonstigen Zeichen des Alcoholismus.

Digitized by GOOGLE

der Pathogenese knüpfen an des Autors frühere theoretische Arbeit im 27 Band des Archivs an und sehen in einer "Dissociation der Wahrnehmungen" den Angelpunkt der Störungen. Ueber die Begründung dieser anfechtbaren localistischen Auffassung vergleiche man das Original.

E. Trömner (Dresden).

335) S. Kalischer: Ein Fall von Influenza-Psychose im frühesten Kindesalter.
(Arch. f. Psych., Bd. 29, 1.)

K. bringt hier eine sehr gute Beobachtung über eine Psychose nach Influenza bei einem 25 Monate alten, erblich belasteten, gut entwickelten Mädchen; 2 Monate nach einer gastro-intestinalen Influenza, die es körperlich sehr angriff, wurde das Kind schlaflos, ruhelos, bösartig und unsauber; unempfindlich gegen Schmerz und Ermüdung rannte es umher, schrie, schmierte mit Unrath, bildete unarticulirte Laute u. s. f.; bald war es ausgelassen heiter, bald schlug es in sinnloser Wuth auf alles ein. Nach einigen Wochen schlug dieser manische in einen stuporösen Zustand um, in dem es wie abwesend vor sich hinstierte, Echopraxie und Catalepsie darbot; dann wieder verworrene Erregung mit Desorientirtheit und wirren Reden, bis endlich unter wachsenden Remissionen Besserung und nach dreimonatlicher Dauer Genesung eintrat. Aetiologie und klinischer Verlauf rechtfertigen die Diagnose Amentia. Interessant ist die weitgehende Uebereinstimmung mit der Amentia der Erwachsenen.

Die Therapie bestand in kleinen Bromgaben (3×0,3-0,5) und lauen Bädern. E. Trömner (Dresden).

336) A. Marie und Ch. Vallon: Des psychoses réligieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive.

(Archives de Neurologie, 1896 December und 1897 Januar.)

Die Arbeit wird mit dem Hinweis darauf eingeleitet, dass die Wahnideen und Hallneiustionen dem jeweiligen Milieu des Einzelnen entnommen sind. Im Mittelalter drückte der Glaube an Hexen und böse Geister den Psychosen den characteristischen Stempel auf; jetzt stehen vorwiegend Polizei und Electricität im Mittelpunkte der Wahnvorstellungen, während nach Moreau die religiösen Formen selten und zwar bei geistig und körperlich Verkümmerten auftreten.

Die Verfasser unterscheiden Démonomanie externe (persécutés réligieux, obsédés) und interne (melancoliques chroniques religieux, possédés). Die letztere Catégorie von Kranken werden vom Teufel in Besitz genommen und bilden so ein Doppelwesen, das dem Willen des bösen Geistes untergeordnet ist, während die Regungen der eigentlichen Persönlichkeit vollkommen unterdrückt werden. Der persécuté (obsédé) hat einen Kampf mit dem Teufel zu bestehen, aus dem aber der Kranke als Sieger hervorgeht; hieraus ergiebt sich weiter eine Steigerung der persönlichen Regungen, die den Uebergang zu den Grössenideen bildet.

Die Hallucinationen der obsédés treten vorwiegend in Form von Visionen auf: terrifiantes ou consolantes; erstere betreffen den Teufel, die andern sind glänzend, unbeweglich, heiligen Inhalts; Befehle werden durch Gesten oder Tafeln, an denen die betreffenden Worte aufgeschrieben sind,

vermittelt. Während der nächsten Krankheitsphase (théomanie) entwickeln sich auf Grund der Ueberzeugung der Gemeicschaft mit Gott Grössenideen: Papst, Vertreter oder Secretär Gottes; bei anderen manifestiren sich diese in dem Gefühl, von Gott inspirirt zu sein (possession divine) und erzeugen die Vorstellung, dass ein zweites Wesen, ein höherer Geist in ihnen wohnt, mit dem sie Zwiesprache halten und auf den sie ihre gesammten inneren Vorgänge beziehen. Die Verfasser halten die Differentialdiagnose zwischen diesen Fällen und den formes périodiquement alternantes des psychoses non progressives für sehr schwer; in dem oft depressiven Anfangsstadium lassen sie sich ferner von den délires hypochondriaques vrais ou mélancoliques chroniques kaum unterscheiden.

Es folgen zahlreiche zum Theil recht intstructive Beispiele.

Bennecke (Jena).

337) R. Traugott: Beitrag zur Symptomatologie und Therapie der psychischen Zwangsvorgänge.

(Zeitschrift für pract. Aerzte 1897, Nr. 2)

Wenn sich bei Kranken zwangsmässig sich aufdrängende Vorstellungen finden, so ist darnach zu forschen, in welchem Zusammenhange sie mit dem übrigen Geistesleben stehen. Solche, mit denen eine "Sejunction der normalen Geistesthätigkeit" (Wernicke), d. h. mangelude Einsicht in die Störung verbunden ist, characterisiren die damit behafteten als Geisteskranke und geben eine üble Prognose. Solche, bei denen dies nicht der Fall ist, sind, wenn sie auch das ganze Leben hindurch fernerhin bestehen können, günstiger zu beurtheilen und oft sind namentlich einzelne Phobien, wie Angst vor Paralyse tei Tabikern, vor Nervenzerrüttung bei Masturbanten und anderes, einer Besserung oder Heilung durch offene Aussprache mit dem Arzte zugängig. Erschwert wird die Entscheidung mitunter dadurch, dass auch die letztgenannten Zwangsvorstellungen oft einen ganz absurden Inhalt haben oder dass sie den Anlass zu Zwangshandlungen geben können; aber auch hier wird die mangelnde oder vorhandene Einsicht des Kranken die Entscheidung ermöglichen.

338) Salgó (Budapest): Noch einmal Parazoia und Schwachsinn. (Allg. Zeitschr., Bd. 53.)

Verfasser wendet sich gegen Neisser's Aussthrungen, dass zur Paranoia nicht wesentlich Schwachsinn gehöre. Nach Verfasser documentirt beim Paranoiker nicht das Auftreten von Wahnideen und Hallucinationen, sondern deren kritiklose Hinnahme eine Minderung der Urtheilskraft, die übrigens das Product eines langsam fortschreitenden Krankheitsbildes und kein Symptom, sondern ein Zustand ist, der sich nothwendiger Weise aus der cerebralen Ursache der Psychose ergiebt. Die Entstehungszeit der Paranoia liegt für uns sehr im Dunkeln; doch dürfte sich die Paranoia im weiteren Sinne nicht weniger langsam entwickeln, wie es für die Paranoia originaria feststeht. Nach Verfassers Ansicht entsteht sie meist in der Pubertätszeit, indem sie zunächst als Neurasthenie, Cerebrasthenie erscheint. Eine zweite Reihe von Fällen entwickelt sich auf "degenerativer Basis und aus Zwangsvorstellungen", ebenfalls sehr langsam. In beiden Formen ist das erste Symptom eine initiale Einengung des Bewasst-

seins, d. h. Verarmung des Bewusstseinsinhalts. Eine intacte Intelligenz verlangt nicht nur eine gewisse Summe von erworbenen Elementen des psychischen Lebens, sondern auch deren wechselseitige Wirkungsfähigkeit. Wird letztere gehemmt, so tritt eine Störung des Bewusstseins ein, nicht in Folge der absoluten Ueberwerthigkeit einer oder mehrerer Vorstellungen. sondern in Folge der relativen, d. h. aus Associationsschwäche der andern. Das Resultat ist die Einengung des Bewusstseins, gleichbedeutend mit Verarmung, denn en ist ja "für das Endresultat der psychischen Vorgänge gleich, ob eine geringere Zahl von Bewusstseinselementen von vorne herein zur Verfügung steht oder ob der Bewusstseinsinhalt durch einen krankhaften Process in seiner Wirkungsfähigkeit reducirt ist. Iu dem einen Fall fehlen die Kraftcentren, in dem andern fehlt bei vorhandenen Centren mehr oder weniger die Möglichkeit der Kraftentausserung oder ist die Kräftesumme selbst durch unbekannte Factoren vermindert." Grenze der Einengung ist die Bewusstseinsleere, wie sie im Stupor. "acquirirten Blödsinn" in Erscheinung tritt, z. B. nach Typhus; derselbe beruht nicht auf dem, was man mit dem immer dunkel gebliebenen Begriff der Hemmung bezeichnet, sondern auf organisch bedingter Verarmung des Bewusstseinsinhalts und er entwickelt sich primär. Bezüglich der Zwangsvorstellungen ist die Einengung bekannt, und ebenso bereitet die initiale anscheinende Neurasthenie den Boden für die Paranoia vor, indem sie die kritiklose Annahme der Wahnideen möglich macht. Es besteht aber bei der Paranoia nicht nur eine Abnahme der Bewusstseinselemente, sondern auch eine solche in den Denkformen. Denn es sind, um einen Vergleich zu gebrauchen, die Bewusstseinselemente um so vielwerthiger, je mehr sie gewissermassen Facetten haben, bei dem Paranoiker aber haben sie nur nach einer Seite hin associatorischen Werth, nämlich insofern sie die wahnhaften Vorgange begründen.

Wolff (Münsterlingen).

339) Alzheimer (Frankfurt a. M.): Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse.

(Allg. Zeitschr, Bd 52.)

Verfasser hat in einer grossen, übersichtlichen Tabelle 38 Fälle von Jugendparalyse aus der Litteratur mit kurzer Angabe der Hauptdaten zusammengestellt und ausserdem ausführlich 3 Fälle geschildert, welche innerhalb der letzten 6 Jahre in der Frankfurter Irrenanstalt beobachtet wurden. Der allgemeine Verlauf besteht demnach in einfacher langsam vorschreitender Demenz, meist ohne Wahnideen. Sind solche vorhanden, so sind es entweder Grössenideen, aber natürlich ohne die Ueppigkeit wie bei Erwachsenen, entsprechend dem geringen Vorstellungsbesitz, oder solche von hypochondrischer Natur. Stuporöse Zustände können sich einschieben. Erregte Verworrenheit, zeitweilige Angstzustände mit Hallucinationen und Versündigungsideen wurden je einmal beobachtet. Langsam auftretende, kaum merkbare Reizbarkeit und Gedächtnissschwäche leiten die Krankheit ein. Selten kommt es zu grossen Remissionen. Paralytische Anfälle sind sehr häufig und oft verbunden mit langsam vorübergehenden Lähmungserscheinungen; letztere oft von Anfang an vorherrschend und nur eine Seite oder Extremität.

betreffend. Combination mit tabischen Symptomen und Opticusatrophie nicht selten.

Wie die Engländer eine "developmental paralysis" zu unterscheiden und als besondere Form aufzustellen, besteht nach Verfasser keine Veranlassung; besondere Unterschiede von der Paralyse der Erwachsenen hat sie nicht. Ihr Beginn kann bis zum 9. Lebensjahre zurückreichen, der grösste Procentsatz fällt in das 15. und 16., dann nimmt er bis zum 22. wieder ab. Dauer der Krankheit im Durchschnitt 41/2 Jahre (23 Fälle), in keinem dauerte sie unter 2 Jahren. Erbliche Belastung scheint von erheblicher Bedeutung zu sein (über 600, oft bestand schwere Belastung. Male fand sich Paralyse bei den Eltern, auch in der Verwandtschaft. Hauptkapitel betrifft die Aetiologie und hier spielt die hereditäre Lues die Hauptrolle. "Unter allen Fällen befindet sich kein einziger, bei dem die Verhältnisse derart gelegen wären, dass man einen Einfluss der Syphilis als sehr unwahrscheinlich oder als ganz sicher ausznschliessen bezeichnen könnte." In den meisten Fällen war er sicher, d. h. Lues der Eltera. Beide Geschlechter waren gleich oft betroffen, ein Beweis für die hereditäre Lues a's Ursache. Wenn für das Entstehen der Paralyse bei Erwachsenen oft die Sorgen im Kampf ums Dasein und Aehnliches als Ursache aufgeführt werden, so spielen solche im kindlichen Alter ja keine Rolle; deshalb ist vielleicht der Schluss gestattet, dass ihr Einfluss überhaupt noch geringer ist, als manche glauben. Verfasser ist geneigt, eine individuelle oder vielmehr familiäre Gehirndisposition zur Paralyse bei manchen Lenten anzunehmen und hinzukommende Lues als Gelegenheitsursache zu betrachten; denn woher sollte die auffallende Thatsache ihre Erklärung nehmen, dass bei der relativen Seltenheit der Paralyse im Vergleich zur Lues oft mehrere Familienglieder von Paralyse betroffen sind? In 3 seiner Fälle war die Lues nicht erworben, sondern die Kinder von Eltern oder Ammen angesteckt. Der Ausbruch der Jugendparalyse erfolgt 15-19 Jahre nuch der Austeckung resp. Geburt, also später als bei Erwachsenen. Unter Verfassers Fällen befand sich eine beträchtliche Anzahl von Individuen von untermittelmässiger Begabung und Verfasser glaubt, dass vielleicht ein Zusammenhang zwischen Lues und Idiotie in Frage kommen könne. Der geistige wie körperliche Entwicklungszustand zeigte sich oft für das Alter zurückgeblieben und die Paralyse schien die Entwicklung weiter zu verzögern. Die Section ergab die gewöhnlichen Befunde; das Hirngewicht betrug (bei 13 Fällen) 957 gr im Mittel gegen 1300 Normalgewicht; doch ist vielleicht die Wägungsart nicht dieselbe gewesen. Bei der microscopischen Untersuchung fand Verfasser in einem Falle die tieferen Rindenschichten ergriffen statt der oberen-Wolff (Munsterlingen).

340) Whitemore Steels (New-York): Die Remissionen der dementia paralytics. (The remissions of general paralysis.)

(The Medic. Record, 14. December 1895.)

Da sich Remissionen fast nur in frischen Fällen der progressives Paralyse finden, so liegt die Annahme nahe, dass die primären Veränderungen in dieser Krankheit zunächst mehr functioneller Natur sind. Nus erfahren aber — dafür sprechen die meisten pathologischen Befunde — die vitalen Elemente des Gehirns jedenfalls schon ziemlich früh einen destructives

nicht wieder auszugleichenden Process ein. Treten also Remissionen, wie das am hänfigsten der Fall zu sein scheint, im ersten Stadium der Krank. heif ein, in welchem es sich bekanntermassen gewöhnlich um theilweise oder vollständige Amnesie, Verminderung der Aufmerksamkeit und der Willens. kraft, Schwäche der Muskelkraft, Schlaflosigkeit, Abstumpfung des ethischen und moralischen Sinnes, allgemeine Störung der Beziehungen zwischen dem Ich und der Umgebung handelt, so sind dieselben einigermassen leicht ver-Wie aber ist es zu erklären, dass Remissionen auch, wiewohl selten und von kurzerer Dauer, im fortgeschrittenen Stadium der Paralyse in die Erscheinung treten? Nicht anders, als durch die Annahme, dass die krankhaften Veränderungen am ausgedehntesten sind in dem Gefässsystem und in der Neuroglia, am geringsten in den Nerventheilen, und dass es, wo letztere eiheblicher leiden, durch Exsudat-Resorption, Auffrischen der Thätigkeit der Lymphgefässe, Besserung der Ernährung der Nervenzellen wenigsteas eine theilweise Aenderung zum Bessern hervorgerufen wird. Nimmt man aber an, dass die allgemeine Paralyse nicht im Gefässsystem, sonderr als primare Nervenzelleuerkrankung beginnt - nach Bouchard, Bristowe, Batty u. A. kann das durch Toxamie geschehen -, dann muss man die Remission auffassen als "beruhend auf einem zeitweisen Aufhören der verderblichen Ueberthätigkeit der neuronischen Elemente zugleich mit einer vermehrten Ausscheidung toxischen Materials durch das Blut- und Lymphgefäss-System, so dass eine allgemeine Besserung in der Gewebs-Umsetzung herbeigführt wird". — Am Schlusse seiner Abhandlung skizzirt Verfasser 7 Fälle mit Remissionen von Monaten und Jahren.

Voigt (Osynhausen).

341) Kaes-Friedrichsberg (Hamburg): Statistische Betrachtung über die Anomalien der psychischen Functionen bei der allgemeinen Paralyse.

(Allg. Zeitschr., Bd. 53)

Ueber die somatischen Veränderungen bei Paralyse hat Verfasser bereits in früheren Arbeiten statistische Betrachtungen an einem grossen Material von Paralytikern gebracht. Diese grosse, sehr minutiöse und mit vielen übersichtlichen Tabellen ausgestattete Arbeit behandelt die psychischen Veränderungen bei Paralyse und ist unmöglich mit dem kleinen Gefässe eines Referates zu erschöpfen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen; wir bemerken nur im Voraus, dass die einzelnen Symptome in ihrem Verhältniss sowohl untereinander als auch in Hinsicht auf ihre Vertheilung auf die Gruppen der einfachen Paralyse, der mit Syphilis, mit Tabes und der mit Potus complicirten betrachtet werden. Die Arbeit hat 5 Theile.

I behandelt die Anomalien der inneren Sinneswahrnehmungen, Hallucinationen, Illusionen, Visionen, Träume. Nach Jung's Eintheilung sind sie in einer grossen Tabelle dargestellt und eine grosse Menge beispielsweise angeführt Dem Inhalt nach von denen bei anderen Geisteskrankheiten nicht unterschieden, zeigen sie wenig Abwechslung. Syphilitiker zeigen sie seltener, da sie, speciell die Frauen, am schnellsten sterben. Frauen scheinen mehr zu Hallucinationen zu neigen. Hallucinationen in einem einzelnen Sinn überwiegen gegen combinirte. Ein Drittel der Hallucinationen kommen auf das Gehör, dann folgen Gesicht, Gefühl und Gemeingefühl, Geruch und

Geschmack. Meist werden wirkliche Personen gesehen, seltener Gespenster. Die meisten Gesichts- und überhaupt Sinnestäuschungen kommen auf die depressive und die wechselnd depressive und heitere Form. Bei Gehörstäuschungen wiegt die depressive Form nicht mehr so ausschliesslich vor, solche von drohender und sexueller Art betreffen mehr Frauen. Der Inhalt der Geruchs- und Geschmackstäuschungen ist traurig, beängstigend, selten mit Grössenideen verbunden. Ebenso die des Gefühls und Gemeingefühls, hier ist bei Frauen der Schwangerschaftswahn mit eingerechnet. Illusionen und Träume häufiger bei Frauen.

II. Anomalien der Gefühle: Krankheitsgefühl mit dessen Gegensatz, gesteigertes Wohlbefinden werden besonders in frühen Stadien der Krankheit beobachtet.

III. Anomalien des Denkens: Delirien. Hypochondrische Delirien, die nach Verfasser die mildeste Form darstellen, am meisten intacte Denkarbeit verlangen und mit eintretender Verblödung verschwinden, sind häufiger bei Tabikern; bei diesen nimmt die Paralyse den langsamsten Verlauf, im Gegensatz zu den Potatoren. Melancholische Delirien im Allgemeinen aur bei Männern. Ueber die Hälfte der Delirien bei Frauen sind sexuell.

Die Grössendelirien nehmen eine besondere grosse, nach dem Inhalt in 27 Rubriken eingetheilte Tabelle in Anspruch. Zu jeder Art sind viele Beispiele angeführt, die nur von Männern herrühren, da bei diesen grössere Mannigfaltigkeit herrscht. "Grosses Vermögen" steht weitaus obenan, danach folgt 2. Kaiser etc., 3. Kunst, Wissenschaft etc., 4. Gnadenbezeugnungen etc. etc. Nach Verfasser entspricht den langsamer und gleichmässiger verlaufenden Formen (einfache Paralyse und Tabiker) die gemässigtere Art des Delirs, während schneller verlaufenden Formen die sinnloseren entsprechen (Syphilitiker und Potatoren). Auch bei Frauen steht "grosses Vermögen" obenan und folgen 2. Königin etc., 3. Kleider, Schmuck, 4. Sexuelles, 5. körperliche Vorgänge etc. etc. Bei Männern wie Frauen zeiges die Tabiker die niedrigste Procentsumme.

IV. Anomalien des Selbstbewusstseins fand Verfasser bei $3.76\,^{\circ}|_{0}$, etwa gleich hänfig bei beiden Geschlechtern. Hierher gehören 1. die mit Grössendelir combinirte Selbstbewusstseinsstörung (22 Fälle), 2. die von sich in der 3. Person reden oder andere Personen sind als früher (6 und 8 Fälle), 3. die nicht mehr am Leben, längst todt sind, begraben werden müssen (5) oder neugeboren und jünger sind (1), und 4. die in selbstgebildetem Idiom reden (5).

V. Anomalien des Handelns. Vor der Erkrankung oder Erkennung der Krankheit hatten 5,240 oschwere Freiheitsstrafen verbüsst. Selbstmordversuche wurden bei weitem zumeist im frühen Stadium unternommen (3,10 o Männer, 4,30 o Frauen). Die Vergehen gegen das Strafgesetz bestanden meist in Prügeleien in Privathäusern; die Männer stellen die Mehrzahl. Diebstahl bei Männern und Frauen procentual gleich oft. Vergehen gegen die Sittlichkeit bei Frauen häufiger. Civilrechtliche verkehrte Handlungen laufen meist auf Schädigung des Vermögens hinaus, 8,80 o, mehr bei Männern. Planloses Umherirren fand sich bei 2,30 o mit Ueberwiegen der Frauen.

2. Therapie.

342) Schlafmittel bei den Griechen.

Der Lyon med. 1896, Nr. 39 berichtet über einen interessanten Fund aus der Umgegend von Athen. Es handelt sich um eine antike Vase von ca. 1800 g Inhalt, die den Kopf des Hippocrates und auf griechisch die Inschrift "Schmerz" trägt. Der Besitzer des Gefässes, Dr. Hammik, hat dieses in Alcohol während 24 Stunden ausziehen lassen, dann den Alcohol verdampfen lassen und so eine gelbschwarze Flüssigkeit erhalten, die nach Vanille roch und in der Dosis von 1 g einem Kaninchen eingespritzt dasselbe für 8 Stunden in Schlaf versenkte. Das feuchte Gefäss roch ein wenig nach Bilsenkraut.

343) Desiderius Nagy: Ueber die hypnotische und beruhigende Wirkung des "Pellotinum muriaticum" und des "Gallobromol" bei Geisteskranken.

(Ungar. med. Presse, Bd. II, 1897, Nr. 8.)

Verfasser hat bei 10 aufgeregten Geisteskranken das von Jolly so warm empfohlene Pellotin versuchsweise angewendet und einen vollständigen Misserfolg zu verzeichnen. Die Dosis betrug 0,02--0,04 g. Nur in einem Falle war von einer beruhigenden Wirkung etwas zu spüren; in ihm liegt aber der Verdacht suggestiver Wirkung sehr nahe, denn die hysterische Kranke wurde auch nach Injection von Aqua destillata ruhiger Auf Grund dieser Versuche hält Verfasser "das Pellotin als Sedativum und als Hypnotieum für ziemlich werthlos."

Auf die Empfehlung von Stein (Orvosi Hetilap Nr. 26, 1897) hin hat Verfasser auch das Gallobromol bei einer allerdings verschwindend kleinen Auzahl von Kranken versucht. Zunächst bei 3 Epileptikern als Antispasmodicum; weder die Anzahl noch die Intensität der Anfälle wurde vermindert. Von 3 weiteren Fällen, in denen das Mittel als Hypnoticum zur Berubigung von Geisteskranken verabreicht wurde, wurde nur in einem ein befriedigender Erfolg erzielt.

Buschan.

344) Langstein (Teplitz): Pellotin als Schlafmittel. (Prager med. Wochenschr., Bd. XXI, 1896, Nr. 40.)

Das von Jolly neuerdings (Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, Nr. 24) auf Grund seiner Versuche an 40 Kranken als Schlafmittel empfohlene und für unbedenklich erklärte Pellotin (Alkaloid einer Cactee) dürfte unter Umständen doch nicht so ungefährlich sein. Verfasser spritzte einem Tabiker, der in Bezug auf sein Herz absolut intact war auf seinen eigenen Wunsch eine halbe Pravazspritze einer Lösung von 0,2:10.0 unter die Haut. "Kaum war die Injection gemacht, so bekam Patient Ohrensausen, wurde cyanotisch, bekam einen unzählbaren, federförmigen Puls, kalten Schweiss, kurz er bot das Bild des tiefsten Collapses dar und dauerte es fast eine halbe Stunde, ehe er, bei energischer Auwendung von Cognac, Hofmannstropfen, Kaffee und anderen Excitantien, soweit erholt war, dass jede Gefahr als beseitigt erschien."

Die angewandte Dosis betrug nur 0,01 Pellotin; Jolly hatte für gewöhnlich 0,04 g, vereinzelt auch sogar 0,06 g (subcutan) angewendet.

Buschan.
Digitized by GOOGIC

345) Pilcz: Ueber Pellotin. (Aus der I. psychiatrischen Klinik des Prof. v. Wagner.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1896, 48.)

Verfasser hat im Anschluss an die Veröffentlichungen Joll y's in der Deutsch. med. Wochenschr. das Pellotinum muriaticum auf seine Wirkungen als Schlafmittel bei Geisteskranken geprüft. Das Pellotin wurde meist subcutan applicirt in Dosen von 0,02 bis höchstens 0,04. Ziffernmässig ausgedrückt hatte Verfasser in ca. 500|0 vollständigen Erfolg, in 29,30/0 mittelmässigen und 20,70/0 der Fälle blieben refractär. Die Resultate sind jedenfalls so günstig, dass weitere Versuche indicirt erscheinen, zumal der Verfasser nie unangenehme Nebenerscheinungen beobachtete.

Lehmann (Werneck).

346) J. P. Daman (Liège): Note sur l'emploi de la paraldehyde comme soporifique dans la pratique des aliénès.

(Bulletin de la Société de Médécine mentale de Belgique, Nr. 81, Juni 1896.)

Der Aufsatz enthält für deutsche Psychiater nichts wesentlich Neues.

D. glaubt, dass das Paraldebyd als Schlafmittel gegenüber den anderen nicht wesentlich anerkannt sei und dass dasselbe als eines der sichersten und unschädlichsten in die erste Reihe gehöre. Als besonderen Vortbeil hebt D. hervor, dass man Paraldehyd längere Zeit in Dosen von 5, 10, selbst 15 g verabreichen kann, ohne dass seine Wirkung sich abschwächt und ohne dass schädliche Folgen eintreten. Zur Correctur des unangenehmen Geschmacks und Geruchs kann man Tinct. aurantii, Tinct. caryophyll. und Vanillentinctur nehmen. D. fügt einige Recepte bei. Hoppe.

347) C. Albertotti: Behandlung der Psychosen durch Abscessbildung mittels Terpentin. (Note experimentali intorno alla cura delle svariate forme psicopatiche a mezzo di ascessi artificiali provocati con iniezioni ipodermiche di olio essenziale di trementina.)

(Annali di freniatria 1896.)

Die Anwendung starker Revulsiva ist auch in der modernen medicinischen Praxis eine ausgebreitete geblieben und häufig von recht deutlichen Wirkungen begleitet. Namentlich diejenigen Alterantia, welche mit Fiebererscheinungen einhergehen, rufen oft so erhebliche allgemeine Reactionen hervor, dass Aenderungen im Verhalten gleichzeitig bestehender specieller Krankheitssymptome nicht verwundern dürfen. Albertotti untersuchte in dieser Erwägung den Einfluss, welchen das subcutan ziemlich stark pyound pyrogen wirkende Terpentinöl bei acuten Psychosen oder paroxysmalen Episoden chronischer Art ausübt. Die consecutiven Abscesse entwickelten sich gewöhnlich im Laufe einer Woche oder etwas mehr, die Temperatur stieg stets beträchtlich, mitunter sogar bis 40°. Bei einigen Kranken wurde diese Therapie wiederholt angewendet. Sie schien verhältnissmässig hänfig einen gunstigen Erfolg zu haben, besonders die Manien resolvirten sich fast immer rasch, auch einige Fälle von Hystero- und Puerperalpsychose wurden gunstig beeinflusst. Bei schweren Psychosen erwies sich die Injection öfter von Erfolg gegen die Aufregungszustände. Digitized by Google

Albertotti legt der Suppuration grossen Werth bei und erklärt in diesem Sinne auch den manchmal zu beobachtenden besonders raschen Ablauf der Manie bei gleichzeitiger Furunkulose und die gelegentlich vorkommenden Remissionen von Psychosen, z. B. während und nach einer Variola.

Angesichts der Einfachheit und Harmlosigkeit der Procedur kann das sabeutane Terpentin-Alterans wohl in manchen Fällen mit Nutzen verwendet werden.

Ernst Jentsch.

349) Charon: Guérison apparente des troubles psychiques chez deux maniaques atteintes, l'une de fièvre typhoide, l'autre de suppuration abondante.

(Arch. de Neurol 1896, I. Nr. 5.)

In den beiden mitgetheilten Fällen trat nach einem Typhus bezw. einer Adenitis suppurativa colli eine 4 bezw. 3 Wochen dauernde Besserung ein; von einer "Heilung" ist keine Rede. Verfasser will noch bei 61 weiteren manisch Erkrankten nach fieberhaften Erkrankungen (Erysipel, Pueumonie, Lungentuberkulose, Phlegmone etc.) Besserungen beobachtet haben, die er aber selbst als "meist nur leicht und recht kurzdauernd" bezeichnet.

Falkenberg (Lichtenberg).

349) N. Bucelli: Electrotherapie bei Stupor. (L'elettroterapia nelle forme stupide dell'amenza.)

(Gazzetta degli espedali etc. 1896, Nr. 63.)

Verfasser empfiehlt auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen die Anwendung der allgemeinen Faradisation als Stimulans bei der stupiden Form der Amentia. Der Erfolg, den er auf solche Weise erreichte, erstreckte sich auf die psychischen Fähigkeiten, die vasomotorischen Störungen der peripheren Theile, den Puls, die Respiration und die Obstructio alvi. Sein Verfahren bestand darin, dass er den faradischen Strom in energischer und protrahirter Weise anwandte, anfänglich nur hier und da einige Punkte geringerer Sensibilität bearbeitete und dann gradatim zur allgemeinen Faradisation überging. — Gelegentlich passirte es ihm, dass, wenn der Kranke auf den Strom während der Sitzung gar nicht oder nur wenig reagirt hatte, wenige Minuten nach derselten in einen Zustand notorischer Aufregung und Verwirrung verfiel, der indessen nicht lange anhielt.

Buschan.

350) G. C. Shuttleworth: The surgical treatment of Idiocy.
(Journal of mental science, Januar 1896.)

Nach genauer Besprechung der in den letzten Jahren veröffentlichten Fälle von Craniectomien englischer, französischer und amerikanischer Gelehrten kommt Shuttle worth zu folgenden Schlüssen:

- 2. Bei frischen traumatischen Fällen, in denen Krämpfe oder andere Reizerscheinungen auf Drucksteigerung hinwiesen, ist Craniectomie indicirt, wie auch in Fällen von sogenannten Dr. Gowers'schen Geburtslähmungen, d. h. bei Fällen von Hemiplegien und Athetosen, die durch intra pertum entstandene, intraoranielle Blutungen bedingt sind. Die

Digitizes by GOOGLE

Möglichkeit, statt dieser eine Porencephalie zu finden, ist nicht ausgeschlossen.

3. Bei Hydrocephalus und tuberculöser Meningitis ist Punction anzurathen, bei Hypertrophie des Gehirns Trepanation und Durchschneidung der Dura mater.

4. Bei Imbecillen mit hereditärer Lues kann nach dem Vorgange von Dr. Anderson — Lancet 1895, July — Operation versucht werden. Die Frage nach der zweckmässigsten und besten Operationsart sei Sache

der Chirurgen.

Dr. Fletscher Beach räth nach seinen eigenen Erfahrungen im Vergleich zu den publicirten Fällen zur Operation nur in Fällen von Traumen, von Hydrocephalus und bei Hypertrophien des Gebirns.

Adolf Passow (Strassburg).

331) A. Behr (Riga): Bemerkungen über die Behandlung unruhiger Geisteskranker ausserhalb der Irrenanstalt.

(St. Petersburger med. Wochenschr. 1896, Nr. 44.)

Die Verhältnisse können jeden Arzt zwingen, unruhige Geisteskranke temporar, aber auch für längere Dauer ausserhalb der Anstalt behandeln zu müssen. Verfasser bespricht in einem sehr frisch geschriebenen Vortrage die hier in Betracht kommenden Aufgaben und deren Lösung durch therapeutische Massnahmen; Bettruhe, Bäder, wiederholte Waschungen des ganzen Körpers stehen natürlich obenan. Die allgemeine feuchte Einpackung, das Halten der Kranken sind Zwangsmassregeln, als Kurmittel nur zum vorübergehenden Nothbehelf zulässig. Vor vorschneller planloser Anwendung der Schlafmittel wird mit Recht gewarnt, Verfasser legt Gewicht auf die Anwendung gewisser suggestiver Massnahmen. Hierher gehört die gefällige Ausstattung des Zimmers, leichtes Streichen des Körpers bei den Waschungen, Zusatz von aromatischen Kräutern zu den Bädern und Anderes-Die Nahrungsverweigerung, die Selbstmordgefahr, das Verhalten der Kranken während der Menstruation werden besonders besprochen. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Frage des Pflegepersonals." Verfasser tritt warm für die sorgfältige Schulang des Personals in den Anstalten ein, den geprüften Wärtern soll wie etwa in England und Amerika ein Zeugniss ertheilt werden, das anch bei etwaiger Thätigkeit in der Privatpflege vorgezeigt werden muss. Mercklin.

3. Anstaltswesen.

352) J. Bresler (Freiburg in Schlesien): On the increase of insanity and the boardingout system.

(The Journal of mental science, April 1896.)

Bresler tritt der vielfach geäusserten Meinung entgegen, dass die Geisteskrankheit um sich greife, dass die heutige Generation zu degeneriren beginne.

Die Gründe, dass heute mehr Geisteskranke gezählt werden wie früher, sind mannigfache. Während man früher sich beschränkte, die Gefährlichen

unterzubringen, um sie ungefährlich, harmlos zu machen, unterstützt man jetzt die hülflosen Kranken. Hiuzukommt, dass mit der vorschreitenden Hygiene die Mortalität in Irrenhäusern abnimmt, man vielfach 40—50 Jahre in solchen lebende Patienten antrifft. Ein anderer Punkt ist die psychische Infection bei Chorea oder Hysterie in Familien, die unter Umständen an der Grenze des Irreseins stehen und somit die Statistik vermehren.

Die Hanptursache ist die in den letzten Jahrzehnten fortschreitende Erkenntniss der Psychosen und das Schwinden des Vorurtheils gegen Irrenanstalten. Leider sind wir noch nicht so weit wie in England. Aus den dortigen seit langem geführten Statistiken geht hervor, dass dort auf 1000 Einwohner von 30 Geisteskranken 6 sich in Anstalten (1892) befanden.

Die Zahlen der letzten Jahre ergeben eine gewisse Stabilität.

Im zweiten Theile seiner Arbeit geht Verfasser auf die familiale Irrenpflege näher ein und erwähnt die Verhältnisse in Gheel, Bremen, Schottland, Ilten, Berlin, Bunzlau, Allenberg und Kortau. Neben der geschichtlichen Entwickelung schildert er die Vortheile dieser Verpflegungsform, warnt jedoch vor zu weiter Ausdehnung. Er glaubt, dass 5-6 auf je 100 die geeignete Anzahl für deutsche Irrenanstalten sein wird.

A. Passow (Strassburg).

353) Boeck (Hôpital St. Jean): La clinique de psychiatrie de l'université de Giessen.

(Bulletin de la société de médécine mentale de Belgique, décembre 1896.)

Verfasser hat die psychiatrischen Kliniken zu Heidelberg, Strassburg und Giessen besucht, von welchen er die letztere näher skizzirt.

Die Klinik liegt im medicinischen Viertel auf einem hohen Plateau mit herrlichem Blick auf das pittoreske Lahnthal. Sie besteht aus villenähnlichen Pavillons, welche durch grosse Gärten von einander getrennt sind. Eine niedrige Hecke begrenzt das ganze Terrain. Vorn in der Mitte des grossen Rechtecks, in welchem die Villen gelagert sind, ist das Directionsgebäude, auf der entgegengesetzten Seite des Rechtecks die Küche, zu beiden Seiten liegen die Villen für die Männer und die Frauen. Das Directionsgebäude enthält ausser den Bureaus für den Director nud die Verwaltungsbeamten die Poliklinik, die Bibliothek, den Hörsaal, das photographische, chemische, histologische und psychophysische Laboratorium und die Wohnungen der beiden ersten Assistenten an den äussersten Enden der Hinterseite des Gebäudes, so dass sie in der nächsten Nähe der Männerresp. Frauenabtheilungen placirt sind, deren Leiter sie eind.

Jede der beiden Krankenabtheilnugen umfasst 4 Villen, eine für ruhige Kranke und Pensionäre, eine zweite für ruhige überwachungsbedürftige Kranke (Melancholie und Selbstmordneigung), die dritte für unruhige und die vierte für isolirungsbedürftige und oriminelle zur Beobachtung in die

Klinik geschickte Irre.

Die Villa für ruhige überwachungsbedürftige Kranke enthält ausser der Wohnung für den 3. Assistenten resp. den Volontärarzt einen Schlafsaal, einen Tageraum, einen Baderaum und die verschiedenen Nebeugelasse. In der Villa für die Unruhigen wohnt der Oberwärter. Im Erdgeschoss sind die Unruhigsten, im 2. Stock die weniger unruhigen Kranken unter-

gebracht. Die Krankenräume sind ähnlich wie in der vorigen Villa. Ausserdem ist noch ein Untersuchungszimmer mit photographischen, phonographi-

schen, psychophysischen Apparaten etc. vorhanden.

Eine bedeckte Halle verbindet diese Villa mit dem Isolirpavillon, welcher 4 Zellen (eine sehr feste für Verbrecher) und Badeeinrichtungen enthält. Alle Villen sind telephonisch mit einander und mit den Aerztewohnungen verbunden. Electrische Beleuchtung, Centralheizung.

Belegungsfähigkeit 100 Kranke, Wärter 1: 3.

Hoppe.

354) E. Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Evrard: Les visites des familles dans les services publics d'aliénés et le reglement du 20. mars 1857.

(Archives de Neurologie. Februar 1897.)

Verfasser wendet sich gegen die herrschenden Missstände in dem Besuchswesen, welche zum grossen Theil durch das veraltete, aber noch in Kraft stehende Ministerialedict bedingt sind. Er rügt 1., dass die Kranken nur zu bestimmten Tagen und Stunden Besuch erhalten (verlangt, dass solcher jederzeit gestattet sein soll); 2. das gemeinsame Sprechzimmer, in dem Unreinliche, Unruhige, Schwache zusammengesteckt werden (wünscht, dass auf jeder Abtheilung ein Besuchszimmer eingerichtet werde); 3., dass der Chefarzt zwar zunächst in Ausnahmefällen den Besuch gestattet, der Zutritt aber roch von der ausdrücklichen Erlaubniss des Verwaltungsdirectors abhängt; 4. das Verbot, die Kranken in Gegenwart der Augehörigen, also im Sprechzimmer, die von den letzteren mitgebrachten Nahrungsmittel und Erfrischungen verzehren zu lassen; 5. die Zaghaftigkeit, mit der gemeinsame Spaziergäuge ausserhalb der Anstalt erlaubt werden, trotzdem sie durch das Edict nicht verboten sind; 6. befürwortet er kurze Beurlaubungen von der Dauer einiger Tage bis zu einem Monat.

Bennecke (Jena).

355) A. Raggi, S. Marzocchi, E. Gonzales: Berichte über einige Punkte der Irrenpflege (Einmischungen Seitens der Verwaltungsbehörden, Verantwortlichkeit der Directoren, Arbeiten der Kranken).

(Rivista sperimentale di freniatria, vol. XXII, fasc. II, 1896.)

Nach der Ermordung eines hohen Verwaltungsbeamten*) durch eines Geisteskranken des Irrenhauses zu Rom wurden die leitenden Aerzte desselben dafür zur Verantwortung gezogen. Dies gab der italienischen psychiatrischen Gesellschaft im vorigen Sommer Veranlassung, die Frage der Verantwortlichkeit der Directoren näher zu untersuchen. Man hatte darau gedacht, wegen fahrlässiger Tödtung gegen die Betreffenden vorzugehen. Die Stellung der Directoren in vielen der dortigen Anstalten ist aber keineswegs eine solche, dass man ihnen solche Vorkommnisse zurechnen könnte; sie sind so vielen Massregelungen und Einmischungen Seitens der Verwaltungsbehörden ausgesetzt, dass es noch vollkommen an einer einheitlichen Leitung fehlt. Es wird darum dringend verlangt, die Stellung des Directors

^{*)} Des Vorsitzenden des Provinzialausschusses, der die Anstalt hänfig besuchte und überall in das Detail des Dienstes eingriff. Redaction.

zugleich mit dem ganzen Irrenwesen gesetzlich zu regeln. Es soll jenem in Zukunft die volle Verantwortung für die ganze Anstalt zukommen, er soll aber auch selbstständig sein in der Leitung aller internen Angelegenheiten, der Wahl, Zahl und Entlassung der Angestellten, der Auswahl der Kranken für die Arbeit. Seine Ernennung soll auf den Vorschlag einer Commission von Fachmännern erfolgen; an den Sitzungen der Verwaltungsbehörde soll er mit berathender Stimme Theil nehmen. Ferner soll eine Besuchscommission gegrundet werden aus hervorragenden Psychiatern, die nicht Anstalten angehören. Diese soll dieselben jährlich besuchen und ihre Berichte dem Minister des Innern übergeben. Insbesondere soll sie als eine Instanz fungiren, vor der Directoren und Verwaltungsbehörden ihre gegenseitigen Beschwerden, die recht häufig zu sein scheinen, austragen. Aber selbst wenn ein solches Gesetz den Director zum wirklichen Leiter seiner Anstalt macht, was er bis jetzt noch nicht ist, könnte er unmöglich für alle Unglücksfälle, die insbesondere bei der Beschäftigung von Geisteskranken mit Werkzeugen vorkommen, verantwortlich gemacht werden. Gegebenen Falls hat sich die Untersuchung nicht nur mit den näheren Umstäuden der That selbst zu befassen, ob diese etwa irgend eine Nachlässigkeit beweisen, sondern auch damit, ob die ganze Anstalt sich auf der Höhe der Zeit befand, ob die Pflege, Beobachtung und Auswahl der Kranken, sowie die Führung der Krankengeschichten mit der nöthigen Sorgfalt geschah, wie die Disciplin gehandhabt wurde u. a. m. Auch aus erheblichen Missständen der letzteren Art könnte eventuell eine Schuld des Directors herzuleiten sein. — Die verbrecherischen Irren sind in besonderen Anstalten unterzubringen. Trotz gelegentlich vorkommender Unglücksfälle kann auf die Beschäftigung der Kranken in den verschiedenen Betrieben nicht verzichtet werden. Pflegepersonal soll dem Laienstande angehören.

Gallus (Neu-Ruppin).

356) E. Hobhouse: Irren-Gesetze in Colorado.

(The Journal of mental science, April 1896.)

H. hatte Gelegenheit, der Vernehmung eines Irrsinnigen in Colorado beizuwohnen, die in vielen Stücken dem gerichtlichen Verfahren in England nicht unähnlich war. Die Anzeige geschieht gewöhnlich durch einen Verwandten an einen Arzt, worauf der Patient diesem vorgeführt wird.

In diesem Falle handelte es sich um einen geisteskranken Zahnarzt, der durch Absingen von Psalmen und Lesen in der Bibel sich für die Bekehrung der Indianer vorbereitete, gleichzeitig sich durch Crotonöl Blasen an der Stirn und im Gesicht beigebracht hatte, um diese "fixen Ideen" los zu werden.

Die Abwickelung des Falles ging sehr schnell von Statten. Durch Vernehmung einiger rasch vorgeladener Zeugen wurde die Verhandlung durch einige Kreuzfragen bald dahin geführt, dass der Patient sich bereit erklärte, in ein Asyl einzutreten, und als am nächsten Morgen die Zeitung einen grossen Artikel über den Fall brachte, befand sich der Patient bereits in sicherem Gewahrsam.

Nach Verfassers Ansicht hängt aber eine solche Bebandlung eines Geisteskranken sehr von Zufälligkeiten und Umständen ab, die der Beobach-

tung der Richter, Vertheidiger, Ankläger und Zeugen nur gar zu leicht entgehen können; er wirst z. B. die eine Frage auf, was geschehen wäre, wenn der Patient mit der Unterbringung in einem Asyl sich nicht einverstanden erklärt hätte? —

A. Passow (Strassburg i. E.).

357) Die Ziele und die Handhabung der Staatsaufsicht über Einrichtung und Betrieb der öffentlichen und der Privat-Krankenanstalten. — Referate in der K. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen

(Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin 1896, 2. H. [III Folge XI. Bd., 2 H.])

Wenn auch die beiden auf Antrag der Preussischen Medicinalverwaltung abgegebenen Referate der erweiterten Deputation für das Medicinalwesen kein rein psychiatrisches Interesse haben, so wird in denselben das Irrenwesen, speciell der Irrenanstaltsbau so vielfach berührt, dass ein kurzes Resumé an dieser Stelle wohl gerechtfertigt erscheint.

Die beiden Referate sind von Wallichs und Rubner abgegeben und geben sehr eingehende Vorschriften über die Hygiene des Krankenbausbaues, über die Ueberwachung und Revision der verschiedenen Krankenanstalten.

Ohne auf die mehr oder weniger bekannten Einzelheiten über Bausystem, Grösse, Trink- und Abwässer, Boden, Ventilation u. s. w. näher einzugehen, mögen nur einige für den Irrenarzt bemerkenswerthe Punkte hervorgehoben werden. So empfiehlt Wallichs die Theilnahme einer obrigkeitlichen "juristischen" Person bei der Revision der Privatirrenanstalten, "um verbreiteten Vorurtheilen Rechnung zu tragen"; für Staatsund Communalanstalten wünscht er die Controlle durch den Regierungsmedicinalrath oder einen Specialcommissar.

Der Revisor soll dabei den ganzen ärztlichen und Pflegedienst, insbesondere strenge Einhaltung der Belegzahl u. s. w. beachten. Nach Rubner's Vorschlag fällt bei communalstädtischen Anstalten die staatliche Controlle weg, wenn ein besonderer medicinischer Referent vorhanden ist. Im Uebrigen hezeichnet R. wohl kaum in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Irrenärzte "die Combination von Irrenpflege- und Idiotenanstalten als unzulässig". Für Schlaf- und Tagesräume werden pro Kopf 25 cbm Luftraum verlangt, es muss eine besondere Krankenabtheilung (!) vorhanden sein, die Vorschriften und Listen über die verabreichten Speisen sind der Behörde einzureichen u. s. w.

Sehr beachtenswerth ist die Vorschrift, dass für ältere Gebäude eine Beleggrenze nach dem Cubikinhalt festgestellt (und hoffentlich eingehalten Ref.) werden muss. Aenderungen sollen, soweit wie möglich, im Rahmen der bestehenden Anlage vorgenommen werden.

Für Privatanstalten verlangt R. die Anwendung der gleichen Grundsätze wie für öffentliche, der Luftraum in den Krankenstuben muss hier jedoch pro Kopf 50 obm betragen.

Den Schluss bildet ein höchst eingehendes Revisionsschema für den revidirenden Medicinalbeamten (für grosse Anstalten der Medicinalrath, für

kleinere - unter 100 Betten - der Physikus).

Pollitz (Brieg).
Digitized by GOOGIC

358) Wärterunterricht in Holland.

Im Jahre 1889 wählte die "Nederlandsche Vereenigung ter bevoordering der Psychiatrie" eine Commission mit der Aufgabe, die Frage der Verbesserung des Irrenpersonals zu studiren. Dieselbe, bestehend aus Dr. van Deventer, Ruysch und Tellegem, erstattete November 1896 einen Bericht, in welchem die Nothwendigkeit der Reorganisation des Wartpersonals und zu diesem Zwecke die Einführung von Wärtercursen, von jährlichen Prüfungen und Befähigungszeugnissen betont wurde. Diese Schlusssätze wurden von der Vereinigung einmüttig angenommen und dementsprechend wurde vorgegangen. Im Jahre 1892 erhielten 19 Candidaten, im Jahre 1893 23 Candidaten das Zeugniss. Dr. van Deventer hat in seiner Anstalt Meerenberg bereits ein ausgebildetes Personal und kann sogar schon einen Theil des Personals an andere Anstalten abgeben.

Um zu dem von der Vereinigung sestgesetzten Examen zugelassen zu werden, ist 1. ein Gesundheits- und Führungsattest, 2. ein Impfattest, 3. ein Alter von mindestens 22 Jahren und 4. ein Zeugniss, dass der Candidat 2 Jahre mit Erfolg in einem Krankenhause, davon mindestens 1 Jahr in einer Anstalt für Geistes- oder Nervenkranke thätig gewesen ist, nothwendig. Die Prüsung erstreckt sich: 1. über elementare Kenntnisse in der menschlichen Anatomie und Physiologie, 2. über elementare Kenntnisse der Hygiene, 3 über elementare Krankenpflege, 4. über specielle Irrenpflege.

Einige der beim Examen gestellten Fragen mögen zur Kennzeichnung der Anforderungen hier angeführt werden:

Was versteht man unter dem grossen und kleinen Blutkreislauf?

Welches sind die Athmungsorgane und was geschieht während der Athmung?

Beschaffenheit der Brust und der Bauchhöhle und die darin enthaltenen Organe.

Form der Schädelhöhle und die darin enthaltenen Organe.

Wie wird die Hand mit arteriellem Blut versorgt? Wie stillt man eine Blutung an derselben?

Wie unterscheidet man ausgehnstetes von erbrochenem Blut?

Hilfeleistung bei Erbrechen, bei Nasenbluten.

Eigenthümlichkeit der Fäkalien bei verschiedenen Krankheiten: Dyserterie, Typhus, Hämorrhoiden, Wurmkrankheiten etc.

Was versteht man unter kunstlicher Athmung und in welchen Fällen wird dieselbe nothwendig?

Was versteht man unter Ventilation?

Welche Arten der Heizung giebt es und bis zu welchem Grade darf die Temperatur der Kraukenräume steigen?

Welches sind die verdaulichsten Nahrungsmittel?

Eigenschaften einer guten Milch.

Wie bereitet man Bouillon?

Wie hält man Kopf und Körper unsauberer Kranker rein?

Wie entsteht eine Ohrblutgeschwulst?

Wie misst man die Körpertemperatur und wie legt man ein Thermometer an?

Wie desinficirt man die Fäkalien bei der Cholera?

Welche Vorsichtsmassregeln hat man bei Verabreichung eines Bades zu beachten?

Pflege der Epileptiker.

Was versteht man unter Sinnestäuschungen? Wieviel Arten giebt es? Welches sind die besten Mittel, um Männer, Frauen, Idioten, Melancholiker etc. zu beschäftigen?

Wie kann man Decubitus verhüten?

Die ersten Massregeln im Fall einer Feuersbrunst.

Auf welche Punkte muss man bei den verschiedenen ansteckenden Krankheiten achten, um die Ansteckung zu verhüten?

Was versteht man unter Verfolgungsideen und auf welche Punkte muss man bei Kranken mit solchen Ideen achten?

Wie kann man nahrungsbedürftige Kranke ernähren?

Welche Punkte muss man bei der Nachtrunde (Nachtwache) beachten? Einzelne Fragen erscheinen allerdings überflüssig und zu weit gehead, die meisten wird man aber für angemessen erachten können.

Hoppe.

359) Jul. Morel: L'enseignement professionel des gardiens des asiles d'aliénés devant la société de médécine mentale de Belgique.
(Extrait du Bulletin de la société de médécine mentale de Belgique. — Gaud 1896.)

Bekanntlich beschäftigt sich die belgische Société de médécine mentale seit längerer Zeit mit der Aufgabe, ein Vademecum für Irrenwärter zu schaffen. Ueber diesen Gegenstand berichtete M. in der Sitzung vom 26. Januar 1896, wobei er ein kurzes Resumé über die bisherigen in dieser Richtung gehenden Bestrebungen in Belgien und im Auslande gab. In Belgien datiren dieselben eigentlich erst seit 1892, wo M. Pee ter s eine Arbeit über den professionellen Unterricht des Wärterpersonals bei den Geisteskranken im Bulletin veröffentlichte. Er wies in derselben darauf hin, dass man den Unterricht des Wartpersonals zu lange aus den Augen verloren habe und dass die sittlichen Qualitäten desselben zum Theil unfruchtbar bleiben müssen, wenn der Wärter nicht alle seine Pflichten kennt und nicht weiss, worauf er seine Aufmerksamkeit und seine Thätigkeit zu richten hat.

M. selbst hat sich mit dieser Frage schon seit vielen Jahren beschäftigt und weist auf die Erfolge hin, welche man in anderen Ländern mit dem Wärterunterricht gemacht hat. In England sind seit 4 Jahren 803 Wärterdiplome ausgestellt worden. Der Leitfaden für den Wärterunterricht, der 1885 in 3000 Exemplaren veröffentlicht wurde, war 1892 vergriffen und die zweite gleich starke Auflage ist es schon wieder, so dass die dritte in Vorbereitung ist. Dazu kommt noch ein Journal: "The monthly nurse", welches zahlreiche Artikel über Irrenpflege enthält.

In Holland hat die "Vereenigung ter bevoordering der Psychiatrie" 1890 es einmüthig als ihre Aufgabe erklärt, mit allen Kräften für eine Verbesserung des Wartpersonals zu sorgen. Es wurde der Wärterunterricht und die Prüfung ähnlich wie in England und Amerika eingeführt. Seitdem sind jährlich ca. 25 Diplome vertheilt worden.

Das Seine-Departement zählt bereits über 2000 geprüfte Wärter und der Leitfaden für den Unterricht derselben hat seit 1878 schon 5 Auflagen erlebt.

M. weist dann auf die Wärterschulen im Königreich Sachsen und auf die Verhandlungen der deutschen psychiatrischen Congresse und Vereine über die Wärterfrage hin. Unverdient ist jedoch das Lob, dass Deutschland dasjenige Land sei, wo man bisher am meisten für die Hebung des intellectuellen und moralischen Niveaus der Wärter gethan habe.

Schliesslich sucht M. noch das vielfach geäusserte Bedenken zu zerstreuen, dass die Einführung eines Leitfadens den Wärter zu einem Halbwisser mit allen Prätentionen desselben machen würde, im Gegentheil, er würde weniger anspruchsvoll werden, als wenn er ein absoluter Ignorant in seinem Fach bliebe. Die rudimentären (in einigen Stunden zu erwerbenden) Kenntnisse in der Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers, wogegen sich die Bedenken vorzugsweise richten, seien für jeden Menschen nützlich und nothwendig.

Hoppe.

360) Edel: Ueber Versorgung verletzten und invalide gewordenen Irrenwartpersonals.

(Archiv für Unfallskunde Bd. I.)

Der Frage, in welchen Punkten die Lage des Irrenwartpersonals einer Aufbesserung bedürftig ist, tritt Verfasser mit dem Nachweise aus der Dalldorfer Anstalt nahe, dass die Zahl derer, welche im Dienste die Erwerbsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigende Unfälle erlitten, keine geringe ist. Unter ausführlicher Actendarlegung der Fälle, welche sich auch bei den Männern meist als traumatische Hysterie darstellen, weist er darauf hip, wie trotz allem, was die Anstaltsverwaltung und die Stadt Berlin freiwillig thaten, das Schicksal dieser meist nach langer Dienstzeit invalide gewordenen Leute ein unsicheres, gewissermassen von der Gnade Anderer abhängiges war Er fordert darum mit Becht, dass auch auf das Irrenwartepersonal in seiner ganzen Berufsthätigkeit das Unfallgesetz Ausdehnung fände; nauf seine Anregung ist diese Forderung auch in die Thesen des letzten deutschen Irrenärztetages über die Wärterfrage" aufgenommen worden. Bis jetzt war das Personal nur insoweit gegen Unfall versicherungspflichtig, als es mit Dampfaulagen zu thun hatte; von dieser Möglichkeit der Versicherung, die aber nur einen geringen Theil der Wärterthätigkeit umfasst, haben anscheinend nur wenige Anstalten Gebrauch gemacht. Auch bei der Versorgung auf andere Weise invalide gewordenen und "verbrauchten" Personals zeigte der Berliner Magistrat grosses Entgegenkommen, indem er principiell die Verwendung solcher Leute in anderen städtischen Stellungen genehmigte und auch mit gutem Erfolge ins Werk setzte.

Um aber ein gutes Irrenwartpersonal heranzuziehen und zu halten, ist es nöthig, seine Zukunft im Invaliditätsfalle sicher und nicht auf Gnadenbezeugungen zu stellen; mit Kräpelin empfiehlt Verfasser, etwas der Militäranwärterschaft Analoges für das Irrenwartpersonal zu schaffen. Erst bei Erwerbsunfähigkeit auch für andere Stellungen käme dann die Zusicherung einer Pension in Betracht. Gallus (Neuruppin).

361) Wulff: Die Erziehungs- und Pflege-Anstalt für geistesschwache Kinder zu Langenhagen vom 1. April 1895 bis 31. März 1896.

Wie alljährlich hat Wulff auch für das in der Ueberschrift augegebene Betriebsjahr einen nach mehreren Seiten hin lehrreichen Bericht über Langenhagen veröffentlicht. Wir entnehmen demselben, dass in dem Berichtsjahr im Ganzen 668 (380 m, 288 w.) Kranke verpflegt worden sind und dass davon 1,8% gebessert, 0,9% nicht oder nicht wesentlich gebessert entlassen worden und 3,6% gestorben sind. Diese Procentzahlen sind, was hervorzuheben ist, auf die Gesammtzahl der Verpflegten berechnet.

Bei den neuaufgenommenen 65 (31 m, 35 w.) fand sich bezüglich der morphologischen und functionellen Degenerationszeichen Folgendes: Abnormitäten des Skeletts $4.5^{\circ}/_{0}$, im Bau des Schädels $24.2^{\circ}/_{0}$, des Sehorgans $30.3^{\circ}/_{0}$, des Hörorgans $40.9^{\circ}/_{0}$, der Zähne $48.4^{\circ}/_{0}$, des Gaumens $42.4^{\circ}/_{0}$, der Reflexe a) Steigerung $24.2^{\circ}/_{0}$, b) Ungleichheit $10.6^{\circ}/_{0}$, c) Herabsetzung oder Fehlen $19.7^{\circ}/_{0}$, Coordinationsstörungen $4.5^{\circ}/_{0}$, Abnormität der Genitalien $7.6^{\circ}/_{0}$.

Bei den Todesfällen fand sich in 45.8°_{0} Tuberculose als Ursache; ausserdem fand sie sich noch in 16.7°_{0} , insgesammt also bei 62.5°_{0} .

Das Grosshirngewicht betrug beim männlichen Geschlecht im Durchschnitt 1.67,7 gr., bei den Weiberrn 881,1; das Kleinhirngewicht 131,3 resp. 103,5. Der Durchschnitt bei allen Gestorbenen war für das Grossbirn 966,6, für das Kleinhirn 117,9. Als Maximalgewicht fand sich beim Grosshirn 1290 (m.), beim Kleinhirn 165 (m.) als Minimalgewicht beim Grosshirn 690 (w.), beim Kleinhirn 25 (w.).

Die Beschäftigung, der die Kranken unterworfen wurden, war eine vielseitige, es wurde, wie bisher immer der Fall, versucht, alle nur irgendwie zu einer Beschäftigung tauglichen Kranken dazu heranzuziehen. Der Reingewinn aus Land- und Gartenwirthschaft betrug 11,164.73 Mk.

Aus den detaillirten Angaben der Ausgaben ergiebt sich, dass für Beköstigung ausgegeben wurden Mk. 100675,67, das macht pro Kopf und Verpflegungstag 45 Pfennige; für Unterhaltung und Erheiterung der Kranken 0,3, für ärztliche Behandlung 0,6 Pfennige. Die Verpflegung eines Kranken während des Betriebsjahres kostete im Dorchschnitt Mk. 370 75. Da das gezahlte Verpflegungsgeld pro Kopf und Tag durchschnittlich 94,7 Pfg., also im Jahre 346,60 Mk. betrug, so musste die Anstalt während des genannten Zeitraumes einen Zuschuss von 24,15 Mk. an Unterhaltungskosten leisten. Zu diesen Kosten kommen die Kosten des Hauptfonds für Schuldenverzinsung und Amortisatior, für Bureau, Gehälter, Druckkosten etc., die pro Kopf 8-9 Pfg., auf Kopf und Jahr einige 30 Mk. ausmachen, so dass der Zuschuss für den einzelnen Kranken in Wirklichkeit rund 40 Mk. im Jahr beträgt.

Es wäre wünschenswerth, wenn derartige Berechnungen sich in allen Anstaltsberichten vorfänden. In englischen Anstaltsberichten findet man bei der Angabe über die Beköstigung die Kosten für Fleisch, Milch, Butter. Brod etc. gesondert angegeben. 362) 13. Jahresbericht des Comités für Irrensachen im Staate Pennsylvania vom 30./IX. 1894—1895.

(1895, 234 Seiten; mit den Plänen der zu jeder Anstalt gehörigen Districte.)

In der letzten Decade war eine leichte Abnahme des Irrsiuns nachweisbar. Die Zunahme der Irren in Anstalten betrug in den letzten Jahren durchschnittlich p. a. 299; in den Staats-Irrenanstalten allein $201^{1}|_{2}$, so dass alle 3 Jahre eine neue Irrenanstalt für 60½ Kranke erforderlich wäre. Bestand 1895 in ersteren 8925, in letzteren 6087, und zwar 988 mehr, als sie normal fassen sollen. Von der Gesammtzahl wurden 4^{0} geheilt und starben 6^{0} o.

Bemerkenswerth ist beiläufig das im Bericht erwähnte Gesetz von 1895: Mit Geldbusse oder Haft oder beidem wird bestraft, wer einen Geisteskranken oder Nichtgebildeten öffentlich zur Schau stellt (z. B. als "wilden Mann").

Für ein homöopathisches Asyl und 20 andere private für mildere Formen von Irrsinn ist die Concession ertheilt worden.

Die eingehenden Revisionsbemerkungen betreffs jeder einzelnen Anstalt, die Angriffe und Widerlegungen in öffentlichen Blättern bezüglich einzelner Vorgänge, die bewundernswürdige Aufstellung der Statistik, der Sectionsbefunde (leider ohne Resultate zu ziehen) machen diesen Bericht ebenso wie seine Vorgänger zu einem überaus interessanten.

Kornfeld.

363) J. W. Playton: Jahresbericht der Irrenanstalt für Jamaica für 1895,96 (31. März) in Kingston.

Die Anzahl der Verpflegten betrug anno 1881 347 auf 580,000 Einwohner; anno 1896 664 auf 670,000, stieg also um 91% (gegen 15% Einwohner). Die Steigerung ist zu 45% auf verminderte Anzahl der Todesfälle, zu 55% auf vermehrte der Aufnahmen zurückzuführen. Erstere fiel (unter P.'s 10jähriger Direction) von 16 auf 4,22%. Insbesondere beruht dies auf Verminderung der Fälle von Dysenterie und Schwindsucht durch Verbesserung der Ventilation, Drainirung, durch Asphaltirung etc. Verfasser empfiehlt auf's Wärmste folgendes Verfahren: Der Boden wird mit Sand bestreut, der ganze Raum dann mit den Schläuchen der Feuerspritze überschwemmt und dann die ganze Innenseite mit Sublimat bespült und abgewischt (monatlich). Wasserkresse veranlasste 3 Typhus-Erkrankungen und wurde deshalb verboten; aber "den Zugang unreinen Wassers in die Anstalt ganz zu verhindern, ist unmöglich".

Bei Todesfällen ist gesetzlich die Todtenschau von einem Nicht-Anstaltsarzt auszuführen. Die dabei entstehende Verzögerung macht die Sectionen wissenschaftlich werthlos. Die Kosten betrugen p. a. cc. 200,000 Mark, wozu die Gemeinden beinahe Alles beitragen. Eine Frauenabtheilung für 400 Personen ist im Bau. Kornfeld.

V. Bibliographie.

LV) F. Grimm: Klinische Beobachtungen über Beri-Beri-(Berlin 1897. S. Karger. 136 S.)

Der Verfasser hatte während eines 5jährigen Aufenthaltes auf Yezo in dem unter seiner Leitung stehenden Regierungskrankenhaus zu Sapporo einen jährlichen Gesammtkrankenstand von rund 12,000 Kranken, unter welchen sich 600-1000 Beriberikranke befanden. Die Beobachtungen, welche er an diesem überreichen Materiale zu machen Gelegenheit hatte, sind in der vorliegenden Publication in sehr gründlicher und kritischer Weise verarbeitet.

In der Einleitung wird die Auffassung der Krankheit Seitens der modernen Autoren kurz besprochen. In dem folgenden ersten Theil Klinische Beobachtungen über Beri-Beri auf Yezo" schildert der Autor die Symptomatologie des Leidens auf Grund seiner Erfahrungen hiebei mit Entschiedenheit der von fast sämmtlichen modernen Forschern getheilten Ansicht entgegen, dass das Beri.Beri als Neuritis multiplex peripherica zu betrachten sei. Er glaubt, dieser Ansicht sich ebenso wenig anschliessen zu können, als er den Vorschlag zulässig finden wurde, die Diphtherie mit Neuritis peripherica zu bezeichnen, weil im Verlauf und im Gefolge derselben Muskelparesen und Nervendegenerationen vorkommen. Die Symptomatologie der Polyneuritiden und des Beri-Beri weist nach G. bedeutungsvolle Unterschiede auf. "Die stets schon im ersten Beginne der Erkrankung in den Vordergrund der Scene tretenden Herz- und Zwerchfellerscheinungen von ganz bestimmter Characteristik, die anfängliche Schwellung der betheiligten Muskeln, die regelmässig symmetrisch an den Unterextremitaten beginnende Localisation und die Art des Weiterschreitens der Muskelaffection, das Verhalten der Sehnenreflexe, das schmerzlose Oedem, welches oft selbst das auffallendste Symptom ausmacht, und die anderen Hydropsien, während nach von Leyden Oedeme zu den Seltenheiten bei Neuritiden gehören, characterisiren Beri-Beri als Krankheit sui generis und verbieten dessen Unterordnung unter jene Neuritiden. Während ferner dort die Theilnahme der höheren Sinnesorgane, zumal des N. opticus, als besonders bemerkenswerth hervorgehoben wird, findet eine solche bei Beri-Beri gar nie statt." Der Autor verweist zu Gunsten seiner Anschanung des weiteren auf den von Miura (Tokio) geführten Nachweis, dass die Nerven im Anfangsstadium des Beri-Beri sich normal verhalten und in den späteren Perioden der Erkrankungen lediglich Veränderungen darbieten, die von denen der gewöhnlichen (einfachen?) Atrophie nicht abweichen. Hiemit stimmen die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen des Autors überein, die jedoch so unzulänglich sind (nur Zupfpräparate von 2 Fällen), dass der Autor selbst denselben kein Gewicht beilegt. Auch mit electrischen Explorationen Beriberikranker hat sich der Verfasser sehr wenig befasst; er beschränkte sich darauf, mit einfachen oder improvisirten Hilfsmitteln ungefähr die Resultate früherer Untersucher an einigen Kranken wieder zu erkennen. Eine Berechtigung zur Annahme einer Neuritis oder Myositis halt G. nicht für gegeben; er neigt dagegen zu der Auffassung, dass die Muskel- und

Nervenaffectionen bei Beri-Beri eine toxische (oder infectiöse) Trophoneurose bilden.

In dem 2. Theile "Specielle Darstellung des Beri-Beri" wendet sich der Autor gegen die von früheren Beobachtern vorgenommene Unterscheidung verschiedener Formen des Beri-Beri (hydropisches, atrophisches, paralytisches Beri-Beri); er begnügt sich mit einer Eintheilung der Erkrankungen in 2 grosse Gruppen: 1. Einfache Erkrankung an Beri-Beri durch einmalige Aufnahme des (unbekannten) Virus, Beriberi simplex. 2. Mehrfache Erkrankungen an Beri-Beri durch wiederholte Aufnahmen des Virus, welche sich gegenseitig compliciren: — Beriberi multiplicatum s. accumulatum.

3. und 4. Theil der Schrift beschäftigen sich im Wesentlichen mit der Aetiologie der Erkrankung, die nach der Erklärung des Verfassers noch dunkel ist. "Bis jetzt ist noch unentschieden, ob die Kakke einer Intoxication (pr. s. d.), einer Invasion durch thierische Parasiten oder einer Infection mit Bakterien ihr Dasein verdankt." Was der Autor von der Art der Einführung des Beriberi-Virus in den Körper hält, präcisirt er in dem die Prophylaxe und Therapie behandelnden 5. Theile in folgenden Sätzen: "1. Mit Sicherheit ist anzunehmen, dass die Noxe des Beri-Beri mit einem Nahrungsmittel in den Körper gelangt. 2. Für die japanischen Verhältnisse and speciell für die von Yezo ist dieser Träger mit Sicherheit ein volksthumliches Nahrungsmittel, ein Nationalgericht. 3 Mit Wahrscheinlichkeit ist die Möglichkeit der Ueberführung der Beri-Beri-Noxe in den menschlichen Körper nicht nur von der Wahl, sondern auch von der Zubereitung der Nahrungsmittel abhängig. 4. Weniger bestimmt, aber immer noch mit einiger Wahrscheinlichkeit deuten die Beobachtungen über das Fehlen von Beri-Beri in den oben angeführten Gruppen von Bewohnern des japanischen Inselreichs auf robes oder ungares Fischfleisch als den Träger der Noxe 5. Mit dem Trinkwasser wird Beri-Beri sicher nicht in den Körper aufgenommen." Er betrachtet deshalb als die wichtigste prophylactische Massregel das vollständige Garkochen der Nahrung, speciell des Fischfleisches. Therapeutisch hält er für das Beste, was man für den Beriberiker thun kann, die Verhinderung der Neuaufnahme der Beri-Beri-Noxe durch Regelung der Nahrung und eventuell Entfernung aus dem Seuchenherd; alle tibrigen therapeutischen Vorschläge sind von untergeordneter Bedeutung." L. Löwenfeld.

LVI) Mingazzini: Acinesia (Apraxia) algera (Mübius).
(Vol. VI, Heft 3 der italienischen Ausgabe des Handbuchs der inneren Medicin von Charcot, Bouchard, Brissaud et Silva)

Erster aus Italien mitgetheilter Fall von "Akinesia algera".

24jähriger (syphilitischer?) Schneider mit starken Spuren von Rhachitis spürte schon seit Jahren grosse Schmerzen in Schulter und Hüfte beim Gehen und anderen activen Beinbewegungen und in Brust und Bauch beim Husten und Sprechen, Nach energischer Jgnipunctur schwanden die Beschwerden und blieben $3^1|_2$ Jahre weg. Seitdem wiederholte Rückfälle, welche mit den verschiedensten Mitteln (Arsenpillen, Leberthran) beseitigt werden. Objectiv: Tremor manus dextræ, lebhafte Reflexe (bis auf den Rachenreflex), rechtsseitige Parageusie.

Mingazzini folgt der Erb'schen Auffassung der Akinesia algera als monosymptomatische Hysterie und vergleicht sie mit den verwandten Erscheinungen der gewöhnlichen Myasthenie: Hyperästhesie der Muskelsinnapparate.

Jentsch-Turin.

LVII) Wildermuth: Zur Aetiologie der Epilepsie.

(Sonder Abdruck aus der Festschrift des Stutgarter ärztlichen Vereins, 1897.)

Wildermuth will nach dem Vorgange von Sommer und Möbius die Alcoholepilepsie, ferner die "Rinden"- und Reflexepilepsie genetisch und klinisch vollkommen von der "Epilepsie" getrennt wissen. Unter den 210 Fällen seiner Beobachtung fand er dreimal reine Alcoholepilepsie. Ausserordentlich hoch ist die Zahl der in der Charité befindlichen epileptischen Säufer (40-50°|0). Klinisch zeichnet sich die Alcoholepilepsie besonders durch ihr häufiges Auftreten im Gefolge von Trinkexcessen und Delirium tremens und durch den relativ nicht seltenen letalen Ausgang inter paroxysmum aus. W. klassificirt mit Legrand du Saulle in eigentliche Alcoholepilepsie (Anfall in Folge Ueberschreitung des gewohnten Quantums bei Alcoholikern), epileptiforme Convulsionen bei chronischen Alcoholikern und in latente Epilepsie, wozu auch die psychischen Veränderungen bei Gewohnheitstrinkern zu rechnen seien.

Verfasser neigt der Ansicht zu, dass auch die genuine Epilepsie gleich der Alcoholepilepsie als toxischen Ursprungs betrachtet werden müsse.

Ein directer Zusammenhang der genninen Epilepsie mit einem Schädeltrauma ist nach W. nur selten zu construiren. Gewöhnlich gebe die Verletzung die Gelegenheitsursache zum Ausbruch des Leidens bei einem Prädisponirten ab, von den Projectil- und ähnlichen Epilepsien natürlich abgesehen, welche als "Reflex"-Erscheinungen tetrachtet werden müssen.

Jantsch.

I.VIII) L. R. Regnier: Traitement des maladies des femmes par l'électricité. (Felix Alcan, éditeur, Paris 1896.)

Für die ausgedehntere Verwendung des electrischen Stroms bei gynäcologischen Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten vor Allem französische Aerzte, namentlich Tripier und sein Schüler Apostoli Propaganda gemacht. Seit Engelmann aus St. Louis über seine Erfahrungen mit der "Apostoli'schen Methode" in der Berliner gynäcologischen Gesellscheft Mittheilungen gemacht hat (1838), seitdem wurde die Electricität auch von den deutschen Frauenärzten ziemlich häufig angewandt. Die Ansichten der letzteren bezüglich der Beurtheilung des Werthes des electrischen Stromes bei gynäcologischen Erkrankungen divergiren heute noch. Doch dürfte wohl kein einziger unter den deutschen Gynäcologen den Heileffect der Electricität auch nur annähernd so hoch schätzen wie Apostoli und seine Schüler.

In dem vorliegenden Werke findet sich eine genaue Beschreibung der verschiedenen Methoden der Anwendung des electrischen Stromes in der Gynäcologie, des erforderlichen Instrumentenapparates (in der Hauptsache im Anschlusse an die Veröffentlichungen Apostolis), feruer eine Beschreibung der Technik Apostoli's. Er folgt eine Schilderung der Wirkung des galvanischen und faradischen Stroms und der Galvanokanstik bei

den verschiedenen Erkrankungen der Vulva, Vagina, des Uterus, der Ovarien, der Tuben etc.; dann noch die Behandlung der verschiedenen Formen von Menstruationsstörungen durch den electrischen Strom.

Referent glaubt, dass der Verfasser allzu optimistisch bezüglich der durch die Electricität erzielten Heilresultate ist, nichts desto weniger ist er der Ansicht, dass das vorliegende Buch für Jeden empfehlenswerth ist, der sich über die Te brik, die Methoden und die möglicher Weise in Betracht kommenden Indicationen für die electrische Behandlung der "Frauenleiden" ausführlicher informiren will.

A. Theilhaber (München).

LIX) Paul Stefani: Contribution à l'étude du traitement chirurgical du goître exophthalmique.

(Thèse de Lyon. Imprimerie A. Rey. 74. S.)

Verfasser giebt eine Zusammenstellung der ihm aus der Litteratur bekannt gewordenen chirurgisch behandelten Fälle von Basedow'scher Krankheit (21 an der Zahl; Referent kennt deren bereits 90) und fügt 5 neue, von Jatoulay und Poncet mittelst des von diesen entdeckten Verfahrens der Exothyropexie behandelte Fälle hinzu. Was diese letzteren betrifft, so wurde in 3 eine recht erhebliche Besserung erzielt, in einem verschlimmerte sich das Leiden und im fünften trat noch an demselben Tage der Tod ein. Von dem Operateur wird dieser letale Ausgang zwar einer Jodoformintoxication Schuld gegeben, indessen ist es wohl das Nächstliegendste, denselben auf den Herzshock — es scheint sich um einen characteristischen genuinen Morbus Baselowii (Neurose) gehandelt zu haben — zurückzutühren.

An diese Beobachtungen knüpft St. einige Erörterungen über die Natur der Base dow'schen Krankheit. Auch er ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass sich klinisch und besonders hinsichtlich des Resultates der chirurgischen Behandlung 2 Formen unterscheiden lassen. Die erste hat ihren Ursprung in einer ursprünglichen Alteration des Nervensystems. Bei dieser ist die Struma mehr oder weniger vorhanden und kann selbst fehlen; sie zeigt, was für diese Form charasteristisch ist: Vascularität, Spannung und Pulsiren, sowie das Gefühl von Daunenweichheit (edredon). Bei der zweiten Form, der chirurgischen oder secundären, erscheint ein wirklicher Kropf, der schon von Anfang an besteht und nach Verlauf von kürzerer oder längerer Zeit die Basedow'schen Erscheinungen hervorruft. Diese können entweder durch Druck auf die Nerven oder durch Hypersecretion der Drüse oder durch Reflexwirkung auf den Bulbus des Rückenmarkes zu Stande kommen.

Von den verschiedenen operativen Methoden, die vorgeschlagen und versucht worden sind, haben sich nach Ermessen des Verfassers nur die partielle Thyroidectomie, die Strumectomie und die Exothyropexie bewährt.

Weiter beantwortet Verfasser die Frage, wann man überhaupt operiren soll. In leichten Fällen von primärem Morbus Basedowii operativ vorzugehen, wäre nach seiner Ansicht unverständig. Hingegen, wenn die Krankheit bereits lästig wird oder die bisherige Therapie erfolglos verlaufen ist, dann ist die Exothyropexie angebracht (bei oberflächlich gelegenen Cysten

29

die Strumectomie). Die partielle Thyroïdectomie aber soll für jene Fälle aufgespart werden, in deuen die Anfälle die Existenz der Krauken gefährden oder ihr Allgemeinbefinden stark beeinträchtigen.

Buschan.

LX) J. Schubert: Die Blutentziehungskuren. Ihre Geschichte, Theorie, Indication, Technik und Nachbehandlung. Für Aerzte und Studirende. (Stuttgart, A. Ziumer's Verlag, 1896. 152 S. Preis 3 M.)

Von Hufeland seiner Zeit als eins der 3 Cardinalmittel der Heilkunst gepriesen, gerieth der Aderlass darauf in Vergessenheit, um von Dyes vor ungefähr zwei Dezennien von Neuem eindringlich empfohlen zu werden. Anfänglich erfuhren die Bestrebungen desselben schroffe Zurückweisung und Achselzucken, augenblicklich scheint es aber, als ob die Blutentziehungskuren wieder mehr Freunde erworben haben.

Zunächst behandelt der Verfasser die Geschichte des Aderlasses, beschäftigt sich sodann mit den Theorien and der Erklärung der Blutbefande und theilt die Indicationen für den Aderlass mit. Was im Besonderen die Nervenkraukheiten betrifft, so findet Verfasser denselben angezeigt bei: acuten Entzundungen des Gebirns, Rückenmarks und seiner Hüllen, acuten Entzundungen grosser Nervenstämme, chronischen Erkrankungen des Gehirzs, des Rückenmarks und der Nerven, vor Allem bei Hirnhyperämie, ferner bei Tabes im Anfangsstadium, Migrane, Angina pectoris, verschiedenen Neuralgien, Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie, Eclampsie, Neurasthenie etc. Es giebt für ihn wohl kaum eine Nervenkrankheit, die sich für den Aderlass nicht eignen sollte. In seinem grossen Enthusiasmus für den Aderlass zieht Schubert hier offenbar einen zu weiten Kreis für die Indicationen. Recht wunderbar klingt es zur Zeit, wenn er allen Ernstes behauptet, dass die "Tabes durch kein anderes Mittel geheilt werden könne", denn durch Aderlass. - Referent hat seit einigen Jahren oft genug recht gunstige Resultate bei Apoplexie, Blutandrang zum Kopf und den zahlreichen nervösen Begleiterscheinungen der Bleichsucht erzielt.

Zum Schluss lässt sich der Verfasser über die Technik des Aderlasses und die Nachbehandlung, sowie über die den Aderlass unterstützenden Kuren aus.

Buschan.

LXI) Die Irrenpflege. Monatsblatt zur Hebung u. s. w. des Irrenpflegepersonals, herausgegeben von Konrad Alt.

(Verlag von Karl Marhold. Halbjährlich 3 M.)

Die von Alt herausgegebene "Irrenpflege", deren erstes Heft uns vorliegt, bezweckt neben der Förderung der "beruflichen und allgemeinen Ansbildung" gleichzeitig eine Vertretung der Interessen des Irrenpflegepersonals. Wir müssen nach den hier gegebenen Aufsätzen annehmen, dass A. mit einem wesentlich intelligenteren und auf höherem Niveau stehenden Personal zu thun hat, als es in den östlichen Provinzen im Allgemeinen zu finden ist. Dabei wird man ja gerne zugeben, dass alle Artitel in leicht verständlicher, populärer Form geschrieben sind; wo, wie in L. Meyer's Aufsatz über "die Verbannung der Zwangsjacke" dem Autoreinige Fremdwörter entschlüpft sind, finden sie — wenigstens zum Theil

— unter dem Text ihre Erklärung. Besonders den Paetz'schen Aufsatz über Beschäftigung der Geisteskranken" dürfte ein intelligente Wärter mit vielem Nutzen lesen. Bedenklicher stehen wir der Besprechung und Berechnung über die "Wohlfahrtsgesetze im Deutschen Reiche" gegenüber, aus denen mancher Wärter mit Neid ersehen kann, wie viel besser die Collegen in Sachsen gestellt sind. Hausinspector Ludwig giebt p. 20 und 21 Winke, wie man "wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen epileptischer Anfälle und dergleichen mehr" ans Bett gefesselte Kranke in nützlicher Weise beschäftigen kann; die Einführung derartiger — sicherlich sehr practischer — Arbeiten ist aber doch nicht Sache des Wärters! Hier hat der Arzt allein zu bestimmen! Wir möchten hoffen, dass das so dankenswerthe Unternehemen A.'s nicht dazu beiträgt, dem in der Medicin so verbreiteten Halbwissen und der so leidigen Pfuscherei eine unbeabsichtigte Stütze zu liefern.

LXII) Prof. Sommer: Staat und Kirche in der practischen Irrenpflege. (Jena 1896)

LXIII) Dannemann: Geisteskrankheit und Irrenseelsorge.
(Bremen 1896.)

S. hat eine Anzahl von Artikeln, die er im Jahre 1893 veröffentlichte, in einem Hest vereinigt herausgegeben. Er unterzog darin die Lehren und das Gebahren der Irrenseelsorger Bodelschwingh'scher Richtung einer vernichtenden Kritik und bat dadurch zum guten Theil mit dazu beigetragen, dass die gefährlichen Consequenzen ihrer Lehren ins richtige Licht gestellt und ihre gegen die Psychiater gerichteten Angriffe abgeschlagen wurden. Die Artikel schliessen sich den einzelnen Phasen des Conslicts genau an und geben so eine interessante Uebersicht über das für die deutschen Psychiater so wichtige Jahr. Ferner aussert sich S. über die Wärterfrage in dem bekannten Sinne, dass er neben der gründlichen Personalerziehung auf eine Vermehrung der Aerzte an den Anstalten und eine zweckmässigere Anlegung ihrer Wohnungen dringt, um so eine permauente ärztliche Ueberwachung des Personals und der Kranken zu ermöglichen. Den Schluss des Hestes bildet das Griesinger'sche Programm über die "psychiatrischen Kliniken".

In seiner sich an alle Gebildeten wendenden Schrift hat D. im Wesentlichen dieselben Ereignisse geschildert. Er stellt zunächst die Geschichte des Conflictes dar, um sich dann besonders ausführlich über Hafner's absurde theoretische und Fliedner's practische Psychiatrie auszulassen. Den Rückzug, den Bodelschwingh später antreten musste, characterisirt er durch Gegenüberstellung von markanten Sätzen aus dessen Schriften. Auch diese Broschüre ist wohl geeignet, die Kenntniss jener Vorgänge zu verbreiten, so wie die Ueberzeugung, dass "sowohl für den Leib wie für die Seele des Geisteskranken dem Arzte die Behandlung allein zustehe".

LXIV) O. Snell: Zur Geschichte der Irrenpflege. (Vortrag, gehalten im Verein für Kunst und Wissenschaft zu Hildesheim.)

Snell giebt eine gut orientirende Darstellung der Irrenfürsorge in Alterthum, Mittelalter und Neuzeit und der in jeder der Epochen für letztere geltenpen Principien Der vollkommene Verfall jeder eigentlichen Irrenpflege im Mittelalter wird Lirch einige historische Beispiele von Hildesheim und Braunschweig illustrirt. Auf die Annäherung zwischen antiken und modernen Anschauungen über das Wesen der Psychosen und der damaligen und heutigen Therapie wird mehrfach hingewiesen.

VI Discussion.

Strafrecht und sociale Auslese. Eine Antikritik.

Von Rechtsanwalt O. MARCUSE, Breslau.

Eine Darwinistische Strafrechtstheorie." Unter dieser Spitzmarke beschreibt und kritisirt Herr Prof. Beling in der "Deutschen Juristenzeitung" eine Theorie, die er, anknupfend an Bemerkungen des "Nichtjuristen" Ammon in dessen Buch "die Gesellschaftsordnung und ihre naturlichen Grundlagen", dem Gedankengehalte der modernen, auf anthropologische Forschungen gegründeten Richtung der Strafrechtswissenschaft entnimmt. Diese Theorie sei zwar noch von Niemandem in "geschlossener" Form ausgesprochen worden; indess sei sie in nuce bereits in den Ammon'scheu Bemerkungen zu finden, in denen sich das Streben zeige, die Wahrheiten der Darwin'schen Descendenz. and Selectionslehre auf das Strafrecht wie auf andere Gesellschaftswissenschaften zu übertragen. Die Rechtswissenschaft müsse demzufolge mehr und mehr danach fragen, wie die Rechtsbegriffe auf dem natürlichen Boden der menschlichen Entwickelung gewachsen Sei durch Darwin das grosse Grundgesetz aufgedeckt worden, dass Alles durch natürliche Entwickelung entstanden und dem Bedürfnisse angepasst sei, derart dass im Kampfe ums Dasein der Tüchtigste siege. der Schwache untergehe und so eine natürliche Auslese sich vollziehe, so musse auch die Menschheit im Sinne der "Auslese" den ewigen Gesetzen der Natur entsprechend zu wirken suchen; in den Dienst dieser Selection musse insbesondere auch das Strafrecht und die Strafrechtspflege treten. Die Strafe müsse eine Schutzvorrichtung, ein Gesellschaftsmechanismus zur natürlichen Auslese der Individuen werden. - Die hierdurch bedingte Umgestaltung des Strafrechts und seiner Wissenschaft müsste, so führt der Kritiker aus, eine recht gründliche sein, da dann nicht mehr wegen irgend welcher Handlungen, sondern schon wegen Vorliegens gewisser biologischer Eigenschaften gestraft werden könnte, deren Feststellung nicht Aufgabe der Jurisprudenz, vielmehr der Naturwissenschaft ware. Von einer "Strafe" im bisherigen Sinne des Wortes wäre dann nicht mehr zu sprechen, da es sich bei derartigen Acten

um nichts Anderes zu handeln hätte als um den Versuch, minderweithige Glieder auszuscheiden, ganz im Sinne der Darwin'schen Lehre, nach der die untüchtigen Individuen den tüchtigen im Kampfe um's Dasein zu weichen haben. - Vielleicht hätte, um das Ungereimte solcher "Theorie" darzuthun, schon die einfache Bemerkung genügt, dass es unmöglich ist, Gesetze. welche sich auf die elementare Natur und ihre Gebilde beziehen, ohne Weiteres auf die Gesellschaft zu übertragen, da hier der Factor Natur nicht mehr in ursprünglicher Reinheit wirkt, vielmehr in Folge des Zusammenlebens vernunft- und willenbegabter Wesen in mannichfachster Weise modificirt ist, seine Erkenntniss somit sich den ublichen Methoden exacter Forschung entzieht. Indess lässt sich jene ganz utopische "Theorie" weder (nicht unbedingt) aus den mitgetheilten Aeusserungen des genannten Autors entnehmen, noch und noch viel weniger hat sie irgend etwas mit der allein für die Kritik in Frage kommenden modernen Richtung der Strafrechtswissenschaft zu thun. Denn diese ruht auf anderen und auf weit umfassenderen gedanklichen Grundlagen als den unterstellten. --

Wahr ist, dass diese Richtung, zum ersten Mal seit Bestehen einer Wissenschaft überhaupt, die Ergebnisse einer Naturlehre, der Anthropologie, die selbst noch eine junge Wissenschaft ist, zu verwerthen sucht. geschieht bald in grösserem, bald in geringerem Umfang. Die italienische Schule, als deren hervorragendster Vertreter Enrico Ferri zu betrachten ist (Lombroso ist nicht Jurist, sondern Psychiater, verräth deshalb allerdings die Neigung, das anthropologische Element schlechthin auf Kosten des juristischen zu betonen), gesteht jenem Element in gewissem Umfange, nämlich insoweit die fundamentalen Delietsformen, die seit Beginn der Cultur stets und überall als solche galten, in Frage kommen, eine grössere Bedeutung zu als diejenige, besonders auch in Deutschland gepflegte Richtung, deren vornehmster Vertreter die internationale criminalistische Ver-Beide Richtungen indess verkennen nicht, dass der Begriff des Verbrechens wie derjenige des Strafrechts auf dem Untergrunde der Gesellschaft erwachsen und hier nur denkbar sind, dass beide sich in Formen entwickelt haben und weiter entwickeln, die den Entwickelungsformen der Gesellschaft analog sind, dass das Verbrechen allein durch das sociale Milieu ausgelöst werden kann, dass trotz aller physischer Entartung ein Mensch im Isolirzustande nicht als Verbrecher zu denken ist. "Das Verbrechen ist eine Erscheinung complexen Ursprungs, bei dem sociale, biologische und physische Factoren in verschiedenem Grade neben einander wirken und deren nothwendiges Ergebniss es ist" (Ferri). Die entscheidende Frage ist allein, welche dieser drei Klassen von Ursachen den grösseren Einfluss auf die Determinirung jedes einzelnen Verbrechens hat. Eine physische Anomalie kann sehr wohl ein Gegengewicht in einem günstigen socialen Mittel finden, braucht deshalb nicht zum Verbrechen und damit zu einer repressiven Massnahme der Gesellschaft zu führen. Wo es keinen Angriff giebt, ist für Abwehr kein Platz. Verbrecher ist eben nicht "ein Mensch mit entarteten Characteranlagen", vielmehr der Urheber eines Angriffs auf die natürlichen Existenzbedingungen des Individuums oder der Gesellschaft, mag dieser Angriff aus

körperlicher Degeneration oder aus antisocialen, d. h. den jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnissen und Bedürfnissen entgegenstehenden Motiven entspringen.

Jeder Angriff bedingt eine Abwehr als Act der Selbsterhaltung. Hiermit ist nach der positivistischen Schule das Strafrecht der organisirten Gesellschaft begründet, ohne dass es des Moments einer sittlichen Verschuldung des Thäters bedarf. Demgemäss statuirt sie die gleiche Strafbarkeit der vollendeten wie der versuchten Handlung, da die nach aussen tretende That für sich allein genügt, am die Gefährlichkeit des Verbrechers zu beweisen, ganz unabhängig von dem Zufall, der darüber entscheidet, ob die unternommene Handlung bis zur Vollendung gelangt. Deshalb ferner statuirt sie die vollkommen gleiche Strafbarkeit der Theilnehmer eines Verbrechens, findet selbst in der Mitthäterschaft wegen der hierdurch bedingten grösseren Gefährlichkeit einen Straferschwerungsgrund. endlich macht sie einen scharfen Unterschied zwischen Gewohnheits- und Gelegenheitsverbrecher und erkenat als alleiu massgebend für die Strafzumessung die Bedeutung des angegriffenen Bechtsgutes an. - In dieser - wenn ich so sagen darf - mehr mechanischen Behandlung des Verbrechers unterscheidet sich die italienische Richtung der positivistischen Schulo von der in der internationalen Vereinigung vertretenen. erkennt mit der bisherigen Wissenschaft eine Schuld als die begriffliche Bedingung jeder strafbaren Handlung an, wenn sie auch als Voraussetzung einer solchen nicht eine dem Causalgesetze entrückte Willensfreiheit ausieht, sondern nur "die der Regel gemässe Bestimmbarkeit des Willens durch Vorstellungen, durch die unser gesammtes Verhalten regelnden allgemeinen Vorstellungen der Religion, der Sittlichkeit, des Rechts, der Klugheit insbesondere" (Liszt). Demgemäss erkennt sie die beiden Arten der Verschuldung, Vorsatz und Fahrlässigkeit, unumwunden an, so auch Artikel 14 des Schweizerischen Strafgesetzentwurfs, der als erste grössere gesetzgeberische Frucht am Baume moderner Strafrechtswissenschaft angesehen werden kann:

Bestimmt das Gesetz nicht anderes, so ist nur strafbar, wer vorsätzlich handelt.

Vorsätzlich handelt, wer eine als Verbrechen bedrohte That mit Wissen und Willen begeht.

Fahrlässig handelt, wer eine als Verbrechen bedrohte That aus Mangel an der Vorsicht begeht, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet ist. —

Ich nannte oben die italienische Betrachtungsweise "mehr mechanisch". Dies sollte nicht einen Vorwurf bedeuten; lässt sich doch nicht leugnen, dass sie allein es ist, welche von ihrem grundsätzlichen Standpunkte aus eine Reform des Strafensystems wie des Strafvollzugs ermöglicht, die einen gründlichen Schutz der Gesellschaft gegenüber dem Verbrechen verbürgt. Es ist bekannt, dass schon vor Jahren die Machtlosigkeit des gegenwärtigen Strafensystems erkannt worden ist, ohne dass bisher (abgesehen von gelegentlichen, an sich freilich segensreichen Aenderungen, wie die Einführung der bedingten Verurtheilung) eine wirksame Abhülfe möglich gewesen ist. Von dem Gedanken aus, dass die Strafe nicht als Ver-

geltung für eine Schuld, sondern als Abwehraction der Gesellschaft zu erachten ist, will jene Richtung dieselbe von Fall zu Fall nach der Grösse der in dem Verbrecher verkörperten Gefahr bemessen. Handelt es sich um die Verletzung eines individuellen Rechtsgutes, so würde hiernach blosse Schadensersatzpflicht ausreichen; in anderen Fällen wäre Absonderung des Thäters mittels Internirung in Anstalten, welche für die einzelnen Klassen von Verbrechern zu errichten wären, auf längere oder kürzere Zeit geboten, aatürlich unter Festhaltung an der "bedingten Freilassung" nach dem Grade der Fähigkeit zur Anpassung an das gesellschaftliche Leben. — Diese Andentungen mögen genügen; weitere Ausführungen findet der Leser in Ferri's Buch: "das Verbrechen als sociale Erscheinung", übersetzt von Dr. H. Kurella*), das wegen der Schärfe seiner Beweisführung, der Fülle des Thatsachenmaterials, des humanen Geistes, der dasselbe von Anfang bis Ende durchweht, nicht warm genug empfohlen werden kann.

Was hier dargelegt werden sollte, ist die Fruchtbarkeit des Gedankengehalts der anthropologisch-sociologischen Schule für die Fortentwickelung unserer Wissenschaft, die gleichmässige Bedeutung beider Seiten dieser Richtung, die begriffliche Unmöglichkeit der Construirung einer strafrechtlichen Theorie allein auf naturwissenschaftlicher Grundlage. In einem weiteren Sinne lässt sich allerdings wohl die Sociologie der Naturwissenschaft anreihen, wenngleich die Bewegungsgesatze der Gesellschaft weit schwieriger als diejenigen des Einzellebens zu erkennen sind. Wie in der anorganischen Natur mittels Aggregirung gewisser einfacher Stoffe neue Gebilde entstehen. die specifische Wirkungen äussern, wie in der organischen Natur aus der Aggregirung der Grundtypen alles Lebens, der Zellen und Moleküle, neue Organismen entspringen, deren Lebensäusserungen eigenartige sind und von eigenartigen Gesetzen beherrscht werden, so ist aus der Aneinanderschliessung von Individuen in der Gesellschaft ein neuer Organismus entstanden, der ihm eigenthumliche Lebenswirkungen producirt und seinen seiner Natur als socialem Gebilde entsprechenden Existenzbedingungen folgt. Demnach ist hier eine unmittelbare Anwendbarkeit von Gesetzen, die der organischen Natur entnommen sind, ausgeschlossen. Die Gesellschaft folgt den ihr eigenthumlichen Gesetzen, indem sie bewusst sich Zwecke setzt, deren Art allein durch die jeweiligen Bedürfnisse des Zusammenlebens bestimmt wird. Der Zweck ist der Schöpfer des Rechtsgedankens (Ihering). Der Zweck der Selbsterhaltung hat eine Institution hervorgetrieben, die, als Strafrecht bezeichnet, lange Zeit durch Anschauungen, die der Religion oder Sittlichkeit entstammen, in ihrem ursprunglichen Wesen verdunkelt worden ist. Diesem Wesen zu seiner eigentlichen Bedeutung wieder verholfen und damit auf das menschliche Gemeinschaftsleben befruchtend eingewirkt zu haben, wird das unvergängliche Verdienst der positivistischen Schule bleiben. -

VII. Zur Tagesgeschichte.

Zünftler und Specialisten. Der ärztliche Verein des IX. Bezirkes in Wien hat der Aerztekammer folgende Thesen zur Aufnahme in die Standesordnung empfohlen,

^{*)} Leipzig 1896, G. Wiegand.

welche zeigen, wie die zünftlerischen Bestrebungen, die sich jetzt in der Aerztewelt regen, sich würdig den berühmten Fehden annähern wie sie für das österreichische Handwerk characteristisch sind und z. B. zu einer Ministerial-Entscheidung darüber geführt haben, ob Schneider oder Gerber zum Waschen von Lederhosen competent sind. Es wird wohl noch dahin kommen, dass die Aerztekammer darüber zu entscheiden hat, ob ein Nervenarzt das Panaritium eines Falles von Morvan'scher Kraulheit verbinden darf, oder nur ein "practischer Arzt", ob ein Fall von Menière von Ohren- oder Nervenarzt zu behandeln ist, oder aber, weil keiner Specialität ausschliesslich zugehörig, vom allgemeinen Practiker. Die salomonischen Beschlüsse lanten: 1. Specialist ist derjenige practische Arzt, der auf die Ausübung aller Fächer der Medicin mit Ausnahme eines streng begrenzten Gebietes verzichtet. 2. Ohne Verständigung des Hausarztes (d. i. des die Familie oder den Kranken behandelnden Arztes) darf der Specialist keine Behandlung übernehmen. 3. Ueber die gestellte Diagnose ist der Hausarzt in jedem Falle zu verständigen und zu grösseren Fingriffen zuzuziehen. 4. Erlauben es die Verhältnisse nicht, dass der Hausarzt die Nachbehandlung leitet, dann hat der Specialist den Hausarzt nach Thunlichkeit an derselben Theil nehmen zu lassen. 5. Die Zuweisung eines Kranken an einen dritten Arzt darf vom Specialisten nur im Einvernehmen mit dem Hausarzt veranlasst werden. – Es wäre doch einfacher gewesen, die Tendenz dieser Vorschläge kurz in zwei Paragraphen zu fassen: 1. Kein Specialist "darf" einen Kranken behandeln, der ihm nicht von dessen Hausarzt zugeschickt worden ist. 2. Kein Hausarzt darf einem Specialisten einen Kranken zuschicken, den er noch in irgend einer Weise hinhalten kanv.

Die Zünftler haben offenbar keine Ahnung davon, dass man keinen Kranken zwingen kann, einen anderen Arzt, als den, dem er vertraut, zu consultiren, und dass ein grosser Theil des Publikums die Unentbehrlichkeit des Specialistenthums besser begreift, als die beati possidentes ülterer Schule, die sich durch den besser geschulten Nachwuchs in ihrem idyllischen Besitz und ihrem privilegium ignorantie gestört fühlen.

Duchenne-Feier. Am 27. Juni ist in Paris in der Salpetrière die Büste Duchenne's enthüllt worden; der Minister des Innern und der des öffentlichen Unterrichts haben dabei interessante Reden gehalten, Barthou ist besonders applaudirt worden, als er das Wort Hugo's citirte: Il faut être mort pour avoir raison. Duchenne ist ein lehrreiches Beispiel für die Abwehr einer gewissen Spielart von Zünftlern, welche die Ausbildung von Specialisten zu einem Privileg der Universitätskliniken machen möchten; neben den gewandten Talenten, die für das Herumplätschern in Coterien gemacht sind, wird es immer wieder Naturen geben, die ihre eigenen Wege gehen müssen und sich weder einer Coterie noch einem einzelnen Lehrer auschliessen können. Ein klassisches Beispiel dieser Naturen war Duchenne, der viel zu schüchtern und selbstständig war, um sich einer der (längst vergessenen) Grössen seiner Zeit auzuschliessen, soudern eines Tages den Winkel der Provinz, wo er practicirt hatte. verliess, um sich, seinen kleinen Inductionskasten unter'm Arm beim Morgengrauen in den grossen Pariser Hospitälern einzufinden und stotternd um die Erlaubniss zu bitten, ein paar Kranke untersuchen zu dürfen; wenn er sie erhielt. so öffnete er seinen kleinen Kasten, aus dem, wie aus einer Pandorabüchse, so viel neue Krankheiten hervorgehen sollten. Die officiellen Grössen hielten ihn bald für einen harmlosen Monomanen, bald für einen Charlatan, bis Trousseau und später Charcot seine Bedeutung erkannten. Zu akademischen Würden und officiellen Ehren hat es aber Duchenne auch dann bei Lebzeiten nicht gebracht und die Minister haben erst vor der Büste des Todten von ihm Notiz genommen.

Es liegt aber auf der Hand, dass die kunstliche sociale Auslese, welche das medicinische Zünftlerthum durchtühren will, Genies wie Duchenne einfach unterdrücken würde; man erinnere sich nur der Anfänge Robert Koch's und Albrecht v. Gräfe's.

Kurella.

Im Richmond Asylum zu Dublin herrscht seit längerer Zeit Beri-Berin grossem Umfange. Da es sich dort weder um Reis-noch um Fischnahrung handelt sondern wesentlich um skandalöse Knickrigkeit in der Unterbringung und Ernährung der unglücklichen Kranken, so ist die Thatsache sehr interessant für die Aetiologie des Beri-Beri. Wir werden auf diese Thatsachen noch in ausführlicher Parlegung zurückkonunen. Wie so häufig, fällt auch hier Elend der Anstalts-Insassen zusammen mit einer Auslieferung der Communal-Verwaltung an eine feudal-agrarische Clique.

Sitzung vom 20. August.

Obsessions et idées fixes.

Pitres und Régis (Bordeaux): La semiologie des obsessions et idées fixes.

psycho physiologischen Standpunkte kommen bei Zwangszuständen drei Charactere in Betracht: 1. die Vorstellung, 2. emotioneller und 3. impulsiver Zustand. Die Vortragenden nehmen mit Morel an, dass die Zwangszustände eine Krankheit darstellen, bei welcher die Emotion die Hauptrolle spielt. Die Zwangszustände kann man in 2 Categorien theilen. Zur ersten Categorie gehören Fälle von krankhafter Aengstlichkeit oder Phobien, welche man in diffuse oder systematisirte theilen kann, je nachdem das Aengstlichkeitsgefühl mehr einen allgemeinen Character trägt oder sich systematisch und localisirt äussert. Zur zweiten Categorie gehören diejenigen Fälle, in denen sich an die Symptome der krankhaften Erregung eine fixe oder prädominirende Idee anschliesst. Dies sind die fixen oder Zwangszustände im eigentlichen Sinne des Wortes. Bei Eatstehen der Zwangszustände kann man drei Stadien unterscheiden: 1. ein Stadium mit einem diffusen Aengstlichkeitsgefühl (Panophobie). In diesem Stadium erkennt man bei dem Kranken eine verborgene Aengstlichkeit, welche entweder gar nicht oder nur zufällig zum Ausdruck kommt (état obsédant à anxiété diffuse ou panophobique). 2. Im zweiten Stadium tritt die Aengstlichkeit systematisirt in Form einer Monophobie auf (état obsédant avec auxiété systematisée ou monophobique, phobie proprement dite). her gehörigen Fälle kann man in constitutionelle oder accidentelle theileu. Die constitutionellen systematisirten Phobien (Morel, Féré, Gélineau) treten unter dem Bilde von Aengstlichkeitsgefühl hervor, welches mit einem bestimmten Gegenstande in Verbindung steht (Furcht vor Früchten, Blut, Feuer, Höhen, Thieren etc.). Meistens kann man ausser diesem scheinbar isolirt auftretenden Symptom noch andere Zeichen einer neuropathischen Constitution entdecken. Die accidentellen systematisirten Phobien treten seltener bei hereditär belasteten Individuen auf und gar nicht findet mau sie bei Degenerirten. In den dazu gehörigen Fällen sieht man, dass der Kranke bis etwa zum 30. Lebensjahre sich normal entwickelt hat, und dann erst zwischen 30. und 50. Lebensjahre (Morel) tritt uuter ungünstigen Verhältnissen (besonders moralischer Shock) der Angstzustand ein. Im dritten Stadium findet man bei dem Patienten, dass mit dem Zwangszustand eine fixe Idee verbunden ist (état obsédant avec auxiété intellectuelle ou

Digitized by GOOGLE

monoidéique, obsession propremet dite). Während im physiologischen Zustande eine fixe Idee (nach dem Ausdrucke von Ribot) eine quasi tetanische Form der Aufmerksamkeit darstellt, zeichnet sich die krankhaft fixe Idee dadurch aus, dass sie unwillkürlich ist und in einer Disharmonie mit dem gewöhnlichen Gedankengange steht. Sie ist eine gleichsam parasitäre, automatische und unwiderstehliche Idee. Was die Frage anbetrifft, ob die mit einer fixen Idee behafteten Kranken derselben einen Widerstand entgegensetzen können oder nicht, so muss man zwar zugeben, dass dies nur selten vollständig gelingt, obwohl sich die Kranken sehr oft Mühe geben, die krankhafte Idee zu bekämpfen. Vortragende meinen mit Séglas und Janet, dass vom rein psychologischen Standpunkte das Bewusstsein der krankbaften Idee bei den betreffenden Individuen nicht absolut erhalten ist, vom klinischen Standpunkte aus aber muss man zugeben, dass die Kranken sich ihres Zustandes bewusst sind. Die Vortragenden besprechen weiter die Veränderlichkeit der fixen Ideen. Was das Vorkommen von Hallucinationen bei Zwangszuständen anbetrifft, so meinen P. und R., dass die Annahme des Fehlens der letzteren hierbei nicht richtig ist. Sie nehmen mit Séglas an, dass entweder die Hallucinationen die Zwangsidee begleiten (obsession hallucinatoire) oder dass die Hallucination einen Zwangscharacter trägt (hallucination obsédante). Das Hauptmerkmal dieser Hallucinationen bildet die Projicirung des Zwangszustandes (hallucinations représentatives), analog den Phänomenen, welche man bei Haschischintoxicationen beobachtet. Zwangszustände findet man bei jugendlichen Personen öfters als im späteren Alter und bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Heredität spielt eine sehr wichtige Rolle. Pitres und Régis haben entgegen der Ansicht anderer Autoren sicher in einigen Fällen einen Uebergang der Zwangszustände in eine Geisteskrankheit beobachtet (in Melancholie und Paranois). Die Behandlung dieser Zustände besteht in Isolirung, aber keine Internirung (Kaltwasserheilanstalt, Landaufenthalt etc.).

M. Boucher (Rouen): Forme particulière d'obsession ches deux héréditaires (l'erythropho bie).

Auf dem ersten französischen Congress für Psychiatrie 1890 hat B über einen besonderen Fall von Zwangsvorstellung referirt, welcher sich durch eine aussergewöhnliche Erröthungsfurcht characterisirte, die in einen Zustand grosser allgemeiner Beunruhigung mit Selbstmordgedanken ausartete. Im Jahre 1896 hatte B. Gelegenheit, folgenden Fall zu beobachten, welcher mit dem ersten grosse Aehnlichkeit hat, so dass er geneigt ist, einen besonderen Geisteszustand anzunehmen, welcher dem der Claustrophobie und Agoraphobie an die Seite zu stellen ist. Es handelt sich um eine 30jährige Frau, welche aus stark neuropathischer Familie stammt, und welche nach der Geburt ihres ersten Kindes einem grossen Schwächezustande verfiel. Während 6 Wochen konnte sie den Gedanken nicht los werden, dass sie ihrem Kinde den Hals abschneiden würde, und dieser Gedanke beherrschte sie derart während dieser Zeit, dass man sie aus Furcht vor einem Unglücke bewachen musste. Später verwandelte sich dieses Angstgefühl in einen Zustand, dass sie beim Hören unangenehmer Dinge leicht erröthete, was sie stark erregte, weil sie Furcht hatte, dass Andere glauben konntee, sie stände mit diesen Dingen in Verbindung. Nach der zweiten Schwanger-

Digitized by GOOGIC

schaft vermehrte sich dieses Uebel noch mehr und als es von Anderen bemerkt wurde, litt sie so darunter, dass sie wenig Nahrung zu sich nahm, schlaftose Nächte hatte und in grosser Besorgniss war, ob das Leiden nach der dritten Schwangerschaft nicht noch stärker werden könnte. Geistig und körperlich zeigte sie sonst keine Anomalien.

Vallon et Marie: Contribution à l'étude de quelques

obsession s.

Die Zwangszustände können im Allgemeinen als Erregungszustände aufgefasst werden, welche nicht auf das gesammte Centraluervensystem wirken, sondern partiell irradiirend ein specielles Sinnesgebiet beeinflussen. Die secundären Symptome, welche hierbei entstehen, sind um so intensiver, je beschränkter und localisirter diese Irradiation zu Stande kommt. Die Symptome des Zwangszustandes sind um so unbewusster, je gewaltiger dieselben in ihrer Gesammtzahl wirken. Es ist, als ob eine neue Persönlichkeit aus der alten sich herausbildet, wobei letztere der Entstehung der neuen willenlos zusieht. Diese Irradiationen (Zwangserregungen) können in folgenden Sphären auftreten: 1. in der kinestethischen (obsessions emotionelles), 2. in der sensitivo-sensoriellen (obsessions hallucinatoires), 3. in der motorischen (obsessions impulsives), 4. in der psychischen (obsessions intellectuelles), 5. in der Combination von 1-4.

Die bäufigste Combination, welche man als Regel hinstellen wollte, besteht in der Antheilnahme der vorderen psychischen Zone unter der Form eines grösseren oder geringeren Grades des Bewusstseins mit Dazwischentreten der Hemmungscentron. Das Fehlen der letzteren kann entweder congenital auftreten oder acquirirt werden. In beiden Fällen ist dies kein Hinderniss zur Entstehung eines Zwangszustandes. Der letztere kaun sich zu einer permanenten Form entwickeln und bildet eine Art von partieller chronischer Psychose unter dem Ausschluss der höheren psychischen Hemmungscentren.

O. Dornblüth (Rostock): Zur Behandlung von Angst- und Zwangszuständen.

D., welcher von den meisten Heilmitteln, welche bei Kranken mit Zwangsvorstellungen angewendet wurden, keinen Erfolg gesehen hat, wurde zur Anwendung einzelner Arzneimittel bei dieser Krankheit dadurch geführt, dass sie sehr viele Symptome hat, welche sich auch bei der Melancholie finden. Der Affectzustand bei der Obsession wird nach D. am besten durch methodische Opiumkuren behandelt: die Krankheit soll danach schueller verlausen und leichter zur Heilung kommen; selbst Fälle, welche schon sehr lange (1 -12 Jahre) bestehen, werden sehr gut durch dieses Mittel beeinflusst. Die Tagesdosis beträgt ca. 1,0 gr. Die Vorstellung der Zwangsidee besteht weiter, aber der Affect ist ein wesentlich geringerer. Die Kranken berichten selbst, dass sie gegen die Vorstellungen viel gleich-Wenn man nach längerer Zeit mit den Opiumdosen gültiger werden. zurückgeht, kehren die früheren Affecte nicht wieder. Es handelt sich bei dieser Kar keineswegs um eine narkotische Wirkung. Die Kranken verrichten ihre geistige Thätigkeit wie vorher, so dass von einer Betäubung nicht die Rede sein kann. Besser ist es allerdings für die Heilung, wenn der Kranke in der Zeit der Kur keine Arbeit verrichtet, sondern sich ganz

Digitized by GOOGLE

der Ruhe hingiebt. Bei sehr lange dauernden Zwangsvorstellungen ist es nothwendig, die Kur nach ca. einem halben Jahre zu wiederholen. Eine Gefahr, dass die Kranken sich an das Opium gewöhnen, besteht nicht. Es ist aber nothwendig, dass die Patienten nicht eher aus den Augen gelassen werden, bevor das Opium nicht bis auf ganz minimale Dosen herabgesetzt ist. In leichteren Fällen kann man Codein ebenso gut verwenden. Selbstverständlich ist das Opium keine Panacee gegen diese Zustände, da Misserfolge hierbei nicht ausgeschlossen sind.

Konstantinowsky (Moskau): Phénomènes psychiques avec le caractère d'irresistibilité (Obsessions, Zwangsvorstellung).

Die Schlüsse, welche K. aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende:

1. Man kann die Zwangsvorstellungen im Sinne Westphal's anerkennen.

2. Alle psychischen Acte können den Character eines unwiderstehlichen Zwanges annehmen.

3. Ein einziger derartiger Zwang giebt uns nicht das Recht, alle diese Erscheinungen in das grosse Gebiet der Zwangsvorstellungen einzureihen.

4. Viele Symptome, welche nach klinischer Betrachtung einen Zwangscharacter haben, müssen zu verschiedenen Geisteskrankheiten gerechnet werden.

5. Das Vorhandensein von Hallucinationen ist kein characteristisches Zeichen für die bewussten Zwangsvorstellungen, denn man trifft sie auch bei der schon vorgeschrittenen Demenz.

6. Um psychische Phänomene als Zwangsvorstellung anzusehen, muss man sie in klinischer Hinsicht genaustudiren.

Discussion.

Meschede: Um eine Confusion der Begriffe zu vermeiden, sei es geboten, diejenigen Zwangszustände, welche sich lediglich auf die Gebiete des Willens oder des Vorstellungsgebietes vollziehen, gesondert zu betrachten. Es sei allerdings richtig, dass bei den eigentlichen Obsessionszuständen das effective Gebiet jedesmal in erster Linie afficirt sei. M. schlägt vor, die Zustände reinen Willenszwangs, reinen Denkzwangs als phrenoleptische von den ausgeprägten Obsessionszuständen zu trennen.

Benedikt macht historische Bemerkungen über das Erröthen. Is Deutschland kennt man diese Krankheit schon lange und Eulen burg hat dieselbe als Rubescenz beschrieben. Am wichtigsten sind jene Fälle, wo überhaupt kein Erröthen stattfindet, sondern wo bloss das Gefühl besteht. Bei erworbenen Angstgefühlen kann man sehr gute Erfolge bei Anwendung der Franklinischen Douche constatiren.

To kars kij theilt die Meinung von P. und R. in Bezug auf die grosse Rolle, welche das effective Gebiet in unserem psychischen Leben spielt: der Effect bildet stets die wahre Ursache des Wirkens und eine Idee kann sich nur durch Vermittelung der Emotion verstärken. Vom psychiatrischen Standpunkte kann man dagegen 2 Arten von Entwickelung der psychischen Processe nnterscheiden: einerseits kann eine allgemeine Emotion zur Entstehung einer Idee führen, welche dann zur Action führt; andererseits kommt aber der emotionelle Zustand durch Vermittelung einer Idee zu Stande und dieser Zustand führt dann zu einer Action. Diese beiden Momente (Emotion und Idee) sind so fest mit einander verbunden, dass man sie als ein Ganzes betrachten kann. Die Krankheit kann entweder die Emotion oder die Idee so verstärken, dass man keinem dieser

Digitized by GOOGIC

Momente die exclusive ätiologische Rolle zuschreiben kann. Wenn eine Idee ohne Zwangszustand die fixe Idee und nicht den Obsessionszustand darstellt, so kann man ebenso wohl den emotionellen Zustand ohne Idee als eineu Zwangszustand betrachten; derselbe stellt nur den effectiven Zustand dar. —

Pathologie de la paralysie générale des aliénés, delimination de cette maladie des formes morbides voisines.

O. Binswanger (Jena): Die Pathogenese und Abgrenzung der progressiven Paralyse der Irren von verwandten Formen psychischer Erkrankungen.

B. beginnt mit der Betrachtung der Frage, was man unter dem paralytischen Krankheitsprocess zu verstehen hat. Wenn man das Wesen der chronischen Entzündungsvorgänge ius Auge fasst, so findet man, dass die ersten Anfänge einer solchen Entzündung immer in dem Zugrundegehen bestimmter Gewebselemente bestehen, und zwar geht zuerst immer das functionstragende Gewebe unter, welches im Nervensystem durch die Nervenzellen mit ihren Ausläufern dargestellt wird. Bei der Beschreibung des paralytischen Krankheitsprocesses beschränkt sich B. auf die Untersuchung frischer Formen (Frühformen). Es degeneriren sicher zuerst die Nervenzellen und später erst die Nervenfasern. Ueber das Befallensein der Collateralen des Axencylinders sind allerdings noch keine sicheren Thatsachen bekannt. Ueber die secundären Wucherungsprocesse, welche von der Glia und den Gefässen ausgehen, kann B nichts Neues berichten.

Die Frage, wodurch dieser Krankheitsprocess bedingt ist, lässt sich noch nicht sicher beantworten. Wir wissen, dass der Process Männer und Frauen in der Blüthe der Jahre ergreift und dass er sich ganz langsam entwickelt. Erst wenn der Process eine bestimmte Höhe erreicht hat, tritt das klinische Bild zu Tage.

Unter den Schädlichkeiten steht die Syphilis obenan, obwohl sie nach B.'s Ansicht keineswegs die alleinige Ursache darstellt; auch Alcohol, Tabak und Trauma spielen bei dieser Krankheit eine grosse Bolle, ebenso hätten Ueberanstrengungen bei verminderter Widerstandskraft des Körpers eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Während es sich bei den functionellen Nervenerschöpfungen um eine Schädigung der Ernährungssubstanz handelt, eine Schädigung, welche wieder ausgeglichen werden kann, handelt es sich beim paralytischen Process um eine Zerstörung des eigentlichen Neurosoms.

Die Krankheitsprocesse, welche heutzutage noch unter dem Namen der Paralyse zusammengefasst werden, sind sowohl in klinischer wie anatomischer Beziehung von sehr verschiedener Natur. B. unterscheidet 3 Typen: a) Typus der diffusen Leptomeningitis, bei welchem ein ungeheurer Hirnschwund stattfindet; b) die hämorrhagische Form mit hyaliner Entartung der Gefässe; c) ausgedehnte Rindenerkrankung ohne Leptomeningitis. Ebenso wie anatomisch kann man auch klinisch sehr verschieden sich darstellende und verlaufende Formen unterscheiden.

Was die Processe anbetrifft, welche ein der Paralyse ähnliches Bild darbieten können und doch von ihr zu trennen sind, so sind zu nennen:

- 1. Die Polyneuritis. Letztere kann in einem gewissen Stadinm einen klinischen Verlauf zeigen, welcher dem paralytischen sehr ähnlich ist.
- 2. Chronischer Alcoholismus (alcoholische Pseudoparalyse). Hier wird der ganze Verlauf mit Leichtigkeit die Unterscheidung bringen, und ausserdem bringt eine Entziehung des Giftes mit Leichtigkeit ein erhebliches Zurückgehen der somatischen und auch geistigen Störungen zu Wege.
- 3. Die specifische Erkrankung des Gehirns. Der Gehirnbefund bei Paralyse ist immer derselbe, ganz gleich, ob vorher Syphilis vorhauden gewesen ist oder nicht. Indessen können die durch Syphilis selbst bedingten Veränderungen denen bei Paralyse sehr ähulich sehen. Ebenso kann klinisch die Unterscheidung eine sehr schwierige sein. Man findet z. B. die reflectorische Pupillenstarre bei Patienten, welche vorher nachweislich Syphilis gehabt haben, als ganz isolirtes Symptom; man findet ferner Fälle, wo vorher gummöse Processe vorhanden waren und sich später das Bild der echteu progressiven Paralyse entwickelt.
- 4. Präsenile Demenzzustände. Es können diese Zustände schon in den 40er Jahren eintreten und sind dann sehr schwer von der eigentlichen Paralyse zu trennen. Gewöhnlich werden sie am meisten zwischen 50-55 Jahren beobachtet. Dieser einfachen senilen Demenzunterliegen öfter Menschen, die auch schon vorher geistig inferior waren.
- 5. Arteriosklerotische Hirnrindenprocesse. Diese Processe treten fleckweise gewöhnlich in der Nähe eines Gefässes als kleine miliare Herde auf und prägen sich klinisch in einer langsam sich vollziehenden Verblödung aus.
- 6. Encephalitis chronica progressiva. Dieser Process zeichnet sich klinisch durch stabil bleibende Ausfallserscheinungen aus, z. B. eine Hemianopsie. Anatomisch zeichnet sich dieser Process dadurch aus, dass ganz bestimmte Projections- und Associationssysteme erkranken. Diese Form kann sich mit der progressiven Paralyse vergesellschaften.
- 7. Neurasthenie. Verwechselungen dieser Zustände mit dem Anfangsstadium der Paralyse kommen oft vor. Die Unterscheidung bringt der weitere Verlauf.
- E. Homen (Helsingfors): Nouvelle contribution sur une singulière maladie de famille sous forme de démence progressive.

Versasser hat im Jahre 1892 einen neuen Krankheitstypus beschrieben, welcher drei Glieder einer Familie betraf, und der sehr grosse Aehnlichkeit mit der allgemeinen progressiven Paralyse hatte. Seitdem hatte H. Gelegenheit, 2 Glieder derselben Familie zu beobachten, welche dieselbe Krankheit bekamen. Bei allen 5 Kranken hat die Krankheit in derselben Weise und im Alter von 20, 12, 20, 16 und 17 Jahren begonnen mit einem Ermüdungsgefühl, allgemeinem Kopfschmerz und Schwindel. Zu diesen Symptomen gesellten sich später ein unsicherer schwankender Gang, vage Schmerzen in den Beinen und an anderen Körpertheilen, ferner eine gewisse Langsamkeit der Sprache, eine Verminderung der Intelligenz und des Gedächtnisses hinza,

aber ohne dass dabei eine Incohärenz der Gedanken oder Handlungen bestand nnd ohne dass Delirien vorhanden waren. Ausserdem waren Zittern, dauernde Contracturen in den Gliedmassen und Impotenz zu constatiren. Die vier ersten Kranken kamen nach Verlauf von 31/2, 7, 6 und 21/2 Jahren nach Beginn der Erkrankung zur Autopsie. Hierbei konnte man bei allen eine Verdickung der Schädelknochen und der Dura mater, eine Adhärenz der Pia mater, einen gewissen Grad von Atrophie der Hirnwindungen besonders im vorderen Theil constatiren. Ferner fanden sich Erweichungsherde in den Linsenkernen, diffuse Wucherungen von Bindegewebe. Bei der microscopischen Untersuchung wurde vornehmlich ein Schwand der Tangentialfasern, eine Atrophie der grossen Pyramidenzellen, eine Verdickung der Glia in der Peripherie der Rinde und vor Allem Veränderungen aller Hirngefässe besonders im vorderen Hirnabschnitt gefunden. Im 4. und 5. Falle hatte eine strenge antisyphilitische Behandlung grosse Besserung erzeugt, aber die 4. Kranke war dann nach Verlassen des Krankenhauses an Lungentuberculose gestorben. So gross auch die Aehnlichkeit dieses Krankheitshildes mit dem der progressiven Paralyse ist, so glaubt H. doch, dass es sich hier um eine familiäre Affection handelt. Sie unterscheidet sich von der Paralyse durch das Fehlen von geistigen Störungen - wie Alterationen des Characters und der Stimmung - durch das Fehlen von Delirien und von Incohärenz der Gedanken und Handlungen, durch die Abwesenheit von Sprachstörungen, von Pupillensymptomen und endlich durch den Erfolg der antisyphilitischen Behandlung. Es handelt sich wahrscheinlich um einen Folgezustand congenitaler Syphilis.

Muratow (Moskau): Zur Pathogenese der Herd-Erscheinungen bei der allge meinen Paralyse der Irren.

Der Verfasser hat in der Moskauer städtischen Preobraschensky Irrenanstalt 123 Obductionen von progressiven Paralytikern ausgeführt; ein Theil derselben ist vom Verfasser selbst klinisch beobachtet worden. für den anderen Theil hat er von den in der Anstalt geführten Kranken. geschichten Gebrauch gemacht. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die Herderkrankungen in Form von Blutungen oder Erweichungen findet man bei der progressiven Paralyse äusserst selten. Sie äussern sich verschieden nach der jeweiligen Localisation oder bleiben häufiger ohne jedes klinische Merkmal. Die localen Symptome bei der progressiven Paralyse, welche in Form von epileptoiden und apoplectiformen Insulten auftreten, hängen nicht von irgend welchen neuen Complicationen ab, sondern lassen sich auf die Ausbreitung des Entzundungsprocesses auf die Centralwindungen zuruckführen, wobei, wie auch bei anderen Hirnerkrankungen, eine Fernwirkung seitens der am stärksten betroffenen Gehirnabschnitte und Gehirnhäute nicht auszuschliessen ist. Das Unvermittelte ihres Auftretens kann man durch Steigerung der nutritiven Veränderungen in den Zellen erklären, welche zur gegebenen Zeit aus dem Zustande ihres stabilen Gleichgewichtes herauskommen. Die protrahirten Krämpfe der Paralytiker in Form von clonischen Zuckungen müssen in pathogenetischer und klinischer Hinsicht als eine Zwangsbewegung corticalen Ursprungs bezeichnet werden, weil ebensolche Krämpfe, jedoch in kurzerer Dauer und transitorisch, bei gewöhnlicher corticaler Epilepsie zu beobachten sind. Auf diese Weise haben wir es

hier mit einer postepileptischen Erscheinung zu thun. Ausser den tabischen Störungen kann man für die Genese der Muskelsinnstörung und der zuweilen auftretenden Hemianästhesie einen corticalen Ursprung annehmen. Es besteht eine gewisse Analogie im Sinne der Pathogenese von Herderscheinungen zwischen progressiver Paralyse und Herderkrankungen des Gehirns: in beiden Fällen haben wir es mit einer directen und indirecten Wirkung des Herdes zu thun (Fernwirkung — Reizung — Degeneration).

472) Greidenberg (Simpheropol): Ueber die allgemeine progressive Paralyse bei Frauen.

Die Erkrankungen an progressiver Paralyse bei Frauen wachsen in der letzten Zeit sehr rasch und zwar relativ viel rascher als bei den Männern. Das Zahlenverbältniss der Erkrankungen an progressiver Parayse zwischen Männern und Frauen hängt von einer ganzen Reihe allgemeiner und individueller Bedingungen ab und kann deshalb natürlich nicht überall dieselbe sein. Für das Taurische Gouvernement ist dies Verhältuiss wie Die Verbreitung der progressiven Paralyse in den verschiedenen Klassen ist bei den Männern umgekehrt wie bei den Frauen. Bei den Mannern fing die Paralyse bei den höheren Klassen an und ging erst allmählich zu den mittleren und niedrigen über; bei den Frauen kommt sie in letzter Zeit fast ausschliesslich in den niederen Klassen vor und fängt erst jetzt an, auch in die mittleren und höheren einzudringen. Bei den Männern wird die progressive Paralyse aus einer aristokratischen Krankheit eine mehr und mehr demokratische, bei den Frauen umgekehrt Ursachen der progressiven Paralyse sind bei den Männern und den Frauen dieselben, deren Combinationen sind aber bei den letzteren etwas andere als bei den ersteren. Das klinische Bild der progressiven Paralyse bei den Frauen enthält einige Besonderheiten, die ihm eine gewisse Eigenthumlichkeit verleihen. Der Verlauf der progressiven Paralyse bei den Frauen ist ein langsamerer als bei den Männern, deshalb ist die mittlere Dauer der Krankheit bei ihnen eine etwas längere als bei den Männern.

Discussion.

Kojewnikoff meint, dass die von Homen beschriebenen Fälle vielmehr eine autonome unabhängige Krankheitsform darstellen und zwar hauptsächlich aus dem Grunde, weil sie eine familiäre Krankheit bilden, während die progressive Paralyse im Allgemeinen isolirt auftritt.

Muratow glaubt in Erwiderung zu der Ansicht von Mierzejewsky, dass die Veränderungen, welche von ihm als Hämorrhagien beschrieben sind gerade zur Categorie der Paralyse gehören, wie auch Mierzejewsky selbst angiebt, dass es Fälle von combinirter Syphilis und Paralyse gäbe. Was die Cysten unter der Pia mater anbetrifft, so findet man sie in vielen apoplectiformen und epileptiformen Fällen nicht. Bei normaler Hirnrinde würden sie keine localen Symptome hervorrufen. Aus diesem Grunde legt Muratow den Hauptwerth auf die degenerativen Veränderungen der Nervenzellen.

Sitzung vom 21. August.

van Gehuchten: L'anatomie fine de la cellule nerveuse.

Dank der Einführung der Nissl'schen Methylenblaumethode sind wir im Stande, 2 grosse Gruppen von Nervenzellen zu unterscheiden: die somatochromen Zellen, deren Kern und Protoplasma sich dabei färben, und die caryochromen Zellen, bei welchen nur der Kern den Farbstoff fixirt. Die caryochromen Zellen sind bis jetzt wenig studirt worden. Von den somatochromen sind die motorischen Vorderhornzellen und die cerebrospinalen Ganglienzellen am besten untersucht. Vortragender bespricht in den beiden letztgenannten Zelltypen 1. die innere Structur des Protoplasmas und des Kerns, 2. die Veränderungen, die bei verschiedenen functionellen Zuständen in den Zellen auftreten, und 3. secundäre Veränderungen, die in den Zellen nach pathologischer oder experimenteller Läsion ihrer Fasern zu constatiren sind.

I. Innere Structur der Nervenzellen.

A. Motorische Zellen.

Das Protoplasma der motorischen Nervenzellen besteht aus einer chromatischen und einer achromatischen Substanz. Die chromatische Substanz besteht aus den bekannten chromatophilen Elementen. Die achromatische Substanz besteht nicht nur aus Fibrillen, wie von Benda, Nissl, Becker, Dogiel und Lugaro angenommen wird, vielnehr zeigt dieselbe einen viel complicirteren Bau (Cajal, Marinesco). Sie besteht aus einer netzförmig-organischen Masse (masse filaire de Flemming, reticulum plastinien de Carnoy) und aus einer nicht organischen Masse, in welcher das protoplasmatische Netz eingebettet liegt (masse interfilaire de Flemming, l'enchylème de Carnoy). Diese beiden Partien befinden sich im Zusammenhang mit den Dendriten und mit dem Axencylinderfortsatz. Die organisirte Partie bildet die regelmässigen Bestandtheile der Fortsätze, nämlich die granulirten Fibrillen der Protoplasmafortsätze und die mehr regelmässigen und distincten Fibrillen des Axencylinders.

In dieser achromatischen Substanz liegen, wie gesagt, die chromatophilen Elemente und zwar haften dieselben an der organisirten netzförmigen Masse, zunächst in den Knotenpunkten derselben. In diesem Stadium zeigt die chromatische Substanz einen feinkörnigen Kern. In einzelnen Gebieten der Zelle können die Körner sich zusammenballen und so zur Bildung von verschiedenartigen granulirten oder homogenen Stäbchen führen.

In anderen Partien der Zelle imprägnirt die chromatische Substanz auch die Trabekeln, welche von den Knotenpunkten des Netzes abstammen. Die zusammengeballten und breiter gewordenen Körnungen zeigen jetzt Sternformen und bilden die zuerst von Quervain und Nissl beschriebenen kurzen chromatischen Verlängerungen, die sich in der achromatischen Substanz verlieren. In noch anderen Fällen haftet die chromatische Substanz an den Trabekeln, welche die Knotenpunkte miteinander verbinden; es entstehen dann im Zellprotoplasma die chromatischen Fäden von unregelmässigem und verschiedentlichem Verlauf und Länge. Diese Incrustation der Knotenpunkte und der Trabekeln des Netzes kann noch weiter gehen und je-opu-

Digitized by GOOGLE

lenter dieselbe wird, desto schmäler müssen die Maschen des Netzes ausfallen. Wenn dieser Process mehrere benachbarte Trabekeln und Knotenpunkte umgreift, so entsteht dann das Bild eines chromatischen Blocks. Dieser aber kann keinen homogenen Bau aufweisen, weil die Maschen des Netzes, obgleich klein und reducirt, dennech nicht durch die chromatische Substanz ausgefüllt werden; und so erscheinen diese klaren Maschen unter dem Bilde der von Quervain, Nissl, v. Len hossek beschriebenen Vacuolen. Der chromatische Block zeigt ebenfalls keine regelmässigen Contouren, weil von ihm nach allen Seiten hin feine imprägnirte Trabekeln abgehen, die sich bald in der achromatischen Substanz verlieren. Wenn diese Incrustation noch umfangreicher wird, so entsteht ein chromatophiles Element, welches gleichmässig durch das Methylenblau gefärbt wird und ein homogenes Aussehen zeigt.

Diese Beschreibung des Zellprotoplasmas stimmt mit der von Cajal überein und hat viele Aehnlichkeit mit den Flemming'schen Angaben. Sie zeigt, dass die chromatophilen Elemente nicht völlig von der achromatischen Substanz unabhängig sind und dass sie nicht ausschliesslich durch die chromatischen Kürzungen gebildet werden, die mit einander durch eine amorphe Masse verbundeu sind, denn in der Constitution eines jeden wenn auch kleinen chromatophilen Elementes nimmt stets auch ein Theil des achromatischen Netzes Theil.

Dieser Bau des Zellprotoplasmas ist nicht specifisch für die motorischen Nervenzellen; man findet denselben auch in sämmtlichen somatochromen Zellen des centralen Nervensystems. Ueberall findet man das protoplasmatische Netz, welches in einer ungefärbten Flüssigkeit schwimmt, und die chromstische Substanz, welche einen grösseren oder kleineren Theil des Netzes incrustirt. Daraus folgt, dass diejenigen morphologischen Unterschiede, die man in verschiedenen durch das Methylenblau ge.ärbten Zellen findet, durch die verschiedenartige Vertheilung der chromatischen Substanz bedingt werden. Wenn man also mit Nissl annimmt, dass die Nervenzellen mit gleicher physiologischer Function auch eine analoge Vertheilung der chromatischen Substanz zeigen, während die mit verschiedenen Functionen versehenen Zelleu auch unter von einander abweichenden Bildern (i. e. Imprägnationsarten der chromatischen in der achromatischen Substanz) erscheinen, 80 kommt man zu dem Schluss, dass die Art der Vertheilung der chromatischen Substanz von der Form und Lagerung des protoplasmatischen Netzes abhängt und dass diese wiederum in einem engen Zusammenhang mit der Function der Neurone stehen.

B. Die Spinalganglienzellen.

Das Protoplasma der cerebro-spinalen Ganglienzellen besteht ebenfalls aus der chromatischen und der achromatischen Substanz. Die chromatophilen Elemente wurden hauptsächlich von Flemming, Nissl und v. Lenhossek studirt. In der achromatischen Substanz nahmen Flemming, Beinke und Dogiel einen fibrillären, dagegen Lugaro und Marinesco einen netzförmigen Ban an. Vortragender kam auf Grund seiner Untersuchungen zu keinem ganz positiven Resultat. Die Nissl'sche Methode giebt keinen Aufschluss über die achromatische Substanz; was die chromatophilen Elemente anbetrifft, so können dieselben in den Spinalganglienzellen

ganz verschiedene Formen annehmen. Beim Schwein findet man nur feine chromatische Körner, die im ganzen Zellkörper vertheilt sind. Beim Kaninchen findet man dagegen in einigen Spinalganglienzellen mehr oder minder regelmässige chromatophile Körnungen, während die anderen Zellen chromatische Blöcke zeigen, die den chromatophilen Elementen der motorischen Zellen ähnlich erscheinen. Vortragender nimmt an, dass, trotzdem die Untersuchungen darüber nicht abgeschlossen sind, man annehmen darf, dass das Zellprotoplasma der Spinalganglienzellen dieselbe netzförmige Structur zeigt, die man in den motorischen Zellen nachgewiesen hat. Die chromatische Substanz imprägnirt hier meistens nur die Knotenpunkte des Netzes und bildet somit grössere und kleinere Körnungen, die unregelmässig im ganzen Zellkörper vertheilt liegen.

C. Die conusartige Anschwellung des Anfangsstückes des Axencylinders (cône d'origine de l'axone).

Im Jahre 1886 hat Benda das Anfangsstück des Axencylinders als einen der chromatophilen Körner beraubten Theil der Nervenzelle beschrieben. Später kamen die Untersuchungen von Simarro, Schaffer und Flemmming. Der letztere bezeichnete dieses Stück als den cône polaire. Nissl und v. Lenhossek nehmen an, dass dieses Stück einen homogenen Bau zeigt; dagegen wolleu Held, Flemming, Reinke, Cajal, Lugaro und Marinesco eine fibrilläre und Dogiel eine körnige Structur gesehen haben. Es ist zweifellos, dass in den cerebro-spinalen Ganglienzellen dies Anfangsstück nicht granulirt erscheint. Die fibrilläre Structur kann man an den Alcohol- oder Sublimatmethylenblau-Präparaten nicht entdecken. Vortragender meint trotzdem, dass die Fibrillen des Axencylinders durch die Basis der letzteren ziehen und in das oben beschriebene protoplasmatische Netz übergehen.

Ein achromatischer Conus wurde ebenfalls von mehreren Autoren für die motorischen Zellen beschrieben. Ohne die Richtigkeit dieser Behauptung in Zweifel setzen zu wollen, bemerkt Vortragender, dass er nur selten mit Bestimmtheit solchen Conus in den motorischen Zellen feststellen konnte und zwar aus dem Grunde, weil auch das Anfangsstück einiger Protoplasmafortsätze keine chromatophilen Körner aufweist. Uebrigens fehlt dieses conusartige Anfangsstück des Axencylinders in den Zellen der sympathischen Ganglien (Dcgiel), den ganglionnären Zellen der Retina (Dogiel), in den Purkinje'schen Zellen (v. Lenhossek) und in den Pyramidenzellen der Hirnrinde (v. Lenhossek).

D. Der Kern.

Der Kern der somatochromen Zellen scheint einen sehr einfachen Bau zu zeigen. Eine Membran scheidet denselben von der umgebenden Masse, und in seinem Centrum liegt das sich stark färbende Kernkörperchen Der übrige Theil des Kerns ist durch unregelmässige Züge des Caryoplasmas durchzogen und zeigt die Form eines grossmaschigen Netzes. Die Maschen selbst sind mit einer ungefärbten Flüssigkeit erfüllt. Das Kernkörperchen ist basophil, dagegen der Rest des Kerns acidophil. Le vi nimmt ausserdem im Kern unregelmässige, sich mit Methylengrün färbende Blöcke an (basisches Chromatin Heidenhain's). Diese letztere Annahme konnte von v. Lenhossek nicht nachgewiesen werden, indem letzterer meint,

Digitized by GOOGLE

dass im Kern weder Chromatin, noch Nuclein vorhanden sei. Vortragender meint mit Cajal, dass der Kern das Nuclein enthält, dass dieses aber nicht diffus im Caryoplasma liegt, sondern sich nur im Kernkörperchen condensirt hat (nucléole nucléinien nach Carnoy).

II Die Veränderungen, die bei verschiedenen functionellen Zuständen in den Nervenzellen auftreten.

Vergleicht man verschiedene Nervenzellen, die einen und denselben morphologischen Typus darstellen, miteinander, so erkennt men gleich Differenzen in der Tinction, die von einem grösseren oder geringeren Beichthum an chromatophilen Elementen abhängig sind. Nissl meint, dass diese Bilder verschiedenen functionellen Zuständen der Nervenzellen entsprechen und theilt die Zellen je nach ihrem morphologischen Aussehen in pyknomorphe, apyknomorphe und parapyknomorphe. Das pyknomorphe Stadium der Nervenzelle scheint dem ruhenden Zustand der Zelle, das apyknomorphe dem Ermüdungsstadium zu entsprechen. Mit Recht bemerkt Vortragender, dass das Studium der Nervenzellen in verschiedenen physiologischen Zzständen zu den schwierigsten Aufgaben gehört. Das Aussehen der Zelle nach Anwendung des electrischen Stroms an der Nervenfaser oder der Nervenzelle (Nissl, Mann, Lugaro, Vas, Lambert, Hodge) giebt noch keine Berechtigung, diesen Zustand als einen der physiologischen Function analogen zu betrachten. Die Anwendung des electrischen Stroms an einer Nervenzelle führt nur zu einer anormalen Erregung, die in die Reihe der durch chemische, thermische und traumatische Reize bedingten Zustände zu stellen ist. Man findet in der That nach Durchechueidung des Halssympathicus dieselhen Veränderungen in entsprechenden Ganglienzellen, wie sie von Vas, Mann und Lugaro nach Anwendung des faradischen Stroms gefunden worden sind. Mehr instructiv sind andere Untersuchungen von Hodge, Mann, Demoor und Pergens; sie berechtigen uns aber noch nicht zu sicheren Schlussfolgerungen. Sie scheinen zu zeigen, dass das Stadium der Function der Nervenzelle sich durch Volumenzunahme des Zellkörpers manifestirt, die durch Verringerug des chromatischen Bestandtheils begleitet wird.

III. Secundäre Veränderungen der Nervenzellen nach Läsion des Axencylinders.

A. Motorische Zellen.

Dank der Untersuchungen von Nissl, Marinesco, Lugaro, Flatau, Colenbrander und v. Gehuchten weiss man, dass die Läsion des Axencylinders nicht nur zu einer Degeneration des peripherischen Nervenstücks, sondern auch zu einer Alteration der central davon gelegenen motorischen Zelle führt. Diese Alteration besteht hauptsächlich in Veränderung der chromatophilen Elemente, excentrischer Lagerung des Kerns und Volumenzunahme des Zellkörpers. Die Untersuchungen des Vortragenden zeigte dass diese Zellalterationen ausschliesslich die ohromatische Substanz betreffen, wobei man das Stadium des Zerfalls und das der Restitution der chromatophilen Elemente fest

Digitized by GOOGIC

stellen kann. Das erstgenannte Stadium wird characterisirt durch den vom Centrum nach allen Richtungen hin sich rasch verbreitenden Zerfall der chromatophilen Elemente. Durch diesen Zerfall wird die Turgescenz des Zellprotoplasmas verringert, die Zelle nimmt an Volumen zu und der Kern wandert nach der Peripherie. Dieses erste Stadium beginnt etwa 40 Stunden nach Durchschneidung des Nerven, befällt fast gleichzeitig sämmtliche dazu gehörenden Zellen und dauert 15—20 Tage, um dem zweiten Restitutionsstadium Platz zu räumen. Dieses Restitutionsstadium dauert länger; nur langsam bilden sich wiederum die normalen chromatophilen Elemente und damit nähert sich auch die Zelle ihrem normalen Volumen. Dieses Stadium dauert etwa 92 Tage nach der Durchschneidung und die Zellen erscheinen dabei in pyknomorphem Zustande. Der Kern zeigt, ausser dieser veränderten Lagerung, sonst keine morphologischen Abweichungen von der Norm.

Eine wichtige Frage besteht darin, ob sämmtliche Zellen eines seonndär lädirten Kerns vom Stadium des Zerfalls in das der Restitution übergehen oder nicht?

Die Theorien, die die Alterationen in den motorischen Zellen nach Durchschneidung der Nerven erklären wollen, seien nicht genügend. Vortragender meint, dass diese Alterationen für die Function des Neurons von einem geringeren Schaden sind, als man es auzunehmen pllegt keine regressiven Phänomene, wie Nissl behauptet und noch weniger kann man dieselben als degenerative (Marinesco) bezeichnen. bilden nur ein ausserlich sich manifestirendes Bild einer einfachen Störung der Zelle. die ausschliesslich die chromatische Substanz betrifft, Diese zerfällt rasch und vertheilt sich im Zellprotoplasma. Das protoplasmatische Netz, welches die Hauptrolle bei der Constitution der Zelle spielt, bleibt aber dabei intact. Der Zerfall der chromatischen Substanz führt nicht zur Destruction der Zelle selbst, denn trotzdem man diese Alterationen in sämmtlichen Zellen des betroffenen Kerns constatirt, kommt der grösste Theil dieser Zellen zur Norm. Vortragender meint sogar, dess die Degeneration eines gewissen Theils der Zellen nach Durchschneidung des peripheren Nerven nicht sichergestellt sei. Dazu reicht die Zählung der Zellen im gesunden und lädirten Kern in einem oder im auderen Präparat nicht ans, man müsse zu diesem Zweck sämmtliche Zellen dieser Zone mitzählen. Die Uutersuchungen, die Vortragender selbst angestellt hat, gewährten ihm den Eindruck, als ob wirklich die Zellen auf der operirten Seite eine gewisse Verminderung ihrer Zahl aufwiesen. Diese Verminderung sei aber nur accidenteller Natur und sei durch eine sehr starke, übertriebene Dislocation des Kerns verursacht. Es sei möglich, dass in einigen Nerven zellen es zu einer wirklichen Ausscheidung des Kerns aus der Zelle kommt und dann würde man in diesem Process eine Erklärung für das Zugrundegehen solcher Zellen finden, denn der Kern bildet die conditio sine qua non für die Existenz der Zelle.

Die oben beschriebenen Zellalterationen treten nicht nur nach Durchschneidung der motorischen Fasern, sondern auch nach einer Ligatur, nach electrischer, chemischer Beizung und nach verschiedensten pathologischen Läsionen (Compression, Entzündung u. s. w.), welche augenblichlich oder definitiv den Zusammenhang der Bestandtheile des Neurons schädigen, auf.

Digitized by GOOGLO

Die Chromatolyse der Nervenzelle kann eine wesentliche Rolle spielen vom Standpunkte der histologischen Untersuchungen. Im physiologischen und pathologischen Sinne stellt dieselbe nichts Specielles und nichts Specifisches; sie bildet den Ausdruck einer einfachen Störung der Nervenzelle, die immer da entsteht, wo eine Störung der normalen Function des Neurons entsteht, wobei der Sitz und die Natur dieser Störung nicht von Bedeutung sind.

B. Die Spinalganglienzellen.

Die Zellalterationen, die in den Spinalganglienzellen nach Durchschneidung ihrer peripherischen Nerven entstehen, sind denjenigen in den motorischen Zellen analog (Lugaro, Mering, R. Flemming). selbe konnte Vortragender mit einem seiner Schüler Nélis für das ganglion Auch hier tritt die Chromatolyse auf, die vom plexiforme feststellen. Centrum des Zellleibs rasch nach der Peripherie fortschreitet und durch Volumenzunahme der Zellen und Dislocation des Kerns begleitet wird. Diese Zellveränderungen erreichen ihr Maximum nach Verlauf von 15 Tages. Bis zu dieser Zeit bleiben die Erscheinungen in der Zelle dieselben wie in den motorischen Zellen. Die weitere Entwicklung der Alterationen zeigt in den Spinalganglienzellen und in den motorischen Zellen Unterschiede. Während in den letzteren ein Restitutionsstadium eintritt, erleiden die Spinalganglienzellen eine Destruction oder Degeneration, so dass sie schliesslich verschwinden. Während also die motorische Zelle nach Durchschneidung ihrer peripherischen Faser eine völlig normale chromatische Substanz wiedererhält (ja sogar während mehr als 70 Tagen einen wahren pyknomorphes Zustand zeigt), zeigt die Spinalganglienzelle nach einem ähnlichen Eingriff eine rascher als in den motorischen Zellen fortschreitende Chromatolyse, die aber zu keiner Reorganisation der Zelle, sondern zur völligen Degeneration und Schwund derselben führt. Die einzige Ursache dieser Erscheinungen bildet der trophische Einfluss, welchen die peripherischen Erregungen auf die beiden Arten der Nervenzellen ausüben. Die motorische Zelle kommt wiederum zur Norm dank dem Einfluss der trophischen Erregungen, welche sie von den sie umgebenden Eudbäumchen weiter erhält. Die Spinal. ganglienzelle ist aber dieser Reizungen beraubt und kann deshalb nicht is das Restitutionsstadium eintreten.

Es ist bekannt, dass nach Durchschneidung eines peripherischen motorischen Nerven die entsprechenden Muskeln atrophiren und verschwinden. Die Ursache dieser Erscheinung sucht man in dem sogen. trop hischen Einfluss entsprechender motorischer Zellen. Denselben trophischen Einfluss übt aber auch eine Zelle auf die andere. Ein Beispiel dafür liefert folgende Thatsache: Durchschneidet man den n. vagus bei Kaninchen, so treten Zellalterationen nicht nur im nucleus ambignus, sondern auch im dorsales sensiblen Kern dieses Nerven ein.

Marinesco, der zuerst diese Zellalterationen im doraalen Kern nachgewiesen hat, meinte auf Grund dieser Thatsache, dass der doraale Kern aus motorischen Zellen bestehe. Da aber die Zellen dieses Kerns nicht dem üblichen Typus der motorischen Kerne entsprechen, nimmt M. an, dass dieser Kern zur Innervation der glatten Muskulatur diene (noyan musculo-lisse). Vortragender kann nicht dieser Ansicht von Marinesco

beistimmen. Der dorsale X-Kern stellt einen sensiblen Kern dar. Ein analoges Experiment diente zur Stütze und zur Erklärung dieser Ansicht. Vortragender fand uämlich nach intracranieller Durchschneidung des Nacusticus bei 5 Kaninchen analoge Zellalterationen (Chromatolyse) nach Verlauf von 72 und 82 Stunden in den entsprechenden Kernen im Hirnstamm. Diese Thatsache zeigt, dass nach Durchschneidung der sensiblen Nerven die histologischen Alterationen sich nicht auf die Zellen des ersten Neurons beschränken, sie befallen vielmehr die Zellen des zweiten in Verbindung mit dem eisten stehenden Neurons.

Daraus folgt, dass die Neurone, die miteinander in Verbindung stehen, auch auf einander einen trophischen Einfluss ausüben und dass dieser Einfluss unbedingt nöthig für das Erhaltensein der normalen anatomischen und physiologischen Integrität erscheint.

Diese Thatsache ist von einer eminenten Wichtigkeit und zwar sowohl im Sinne der physiologischen Function wie auch der pathologischen Erscheinungen. Wenn die Untersuchungen, über welche hier berichtet wird, sich bestätigen, so wird man zu einer weiteren Schlussfolgerung geführt, nämlich, dass wir nur deshalb leben können, weil wir gereizt werden. Und in der That sollten alle Reize, die die Neurone von innen und von aussen erhalten, unterdrückt werden, so würden sämmtliche sensible peripherische Neurone, die durch den von der Peripherie kommenden trophischen Einfluss erhalten bleiben, völlig verschwinden. Diese Destruction der sensiblen Neurone erster Ordnung würde dann zum Schwund der Neurone der zweiten und der dritten Ordnung führen. Dann würde es augenscheinlich zum Schwund der motorischen Neurone und zur Atrophie der sämmtlichen Gewebe unseres Körpers kommen. Ein bertihmter Philosoph sagte: Cogito ergo sum. Will man diesen Spruch auf unsere morphologischen Fragen übertragen, so kann man sagen: Je suis, je vis, donc je suis excité.

Marinesco: Pathologie générale de la cellule nerveuse.

Nach einer Schilderung der normalen Structur der Nervenzellen zeigte der Vortragende an einer Beihe von sehr anschaulichen Bildern (Diapositive von Zeichnungen) die verschiedenen Typen von Alterationen, die man in den Nervenzellen vermittelst der Nissl'schen Methode feststellen kann. Die Zellveränderungen theilt M. in 3 Hauptklassen, nämlich in die Alterationen, die auf Grund 1. einer infectiösen, 2. einer toxischen (im weitesten Sinne des Wortes) und 3. einer traumatischen Noxe entstehen. Vortragender bespricht diejenigen Veränderungen, die man in den motorischen Zellen nach Durchschneidung eines Nerven sieht und unterscheidet dabei das Stadium der Reaction, der Degeneration und der Restitution. Das Reactionsstadium besteht darin, dass die chromotophile Substanz zerfällt und zwar in der Nähe des Axencylinders; die Zelle behält ihre Form, und der Kern liegt noch im Centrum des Zellkörpers. In mehr vorgeschrittenem Stadium umgreift diese "Chromatolyse" immer grössere Gebiete, und der Kern nimmt eine excentrische Lage an; dabei schwindet auch die feine Streifung des

Zellkörpers und schliesslich erscheint die chromatophile Substanz in Form eines feinen Pulvers. Diese Alterationen treten nicht nur in den motorischen Zellen auf, sondern auch in den sensiblen und den sympathischen Ganglien nach Durchschneidung entsprechender Nerven (Marinesco, Lugaro). Dieser Process führt entweder zur Degeneration und Atrophie der Zellen, oder es kommt zu einer Restitution derselben. Um diese Restitution (Réparation) zu studiren, wurde bei Kaninchen der n. hypoglossus durchschnitten und der Kern dieses Nerven nach verschiedenen Zeiträumen untersucht. Schon nach 24 Stunden sieht man Restitutionsvorgunge in der Zelle auftreten. Man sieht nämlich, dass die Zellen einen dunkleren Farbenton annehmen und in ihrem Volumen zugenommen haben. Bei stärkerer Vergrösserung kann man constatiren, dass der dunklere Ton durch das grössere Volumen der neugeformten chromatophilen Elemente bedingt ist (néoformation des éléments chromatophiles). In verschiedenen Zellen des XII Kernes tritt diese Restitution zu verschiedenen Zeiten auf; nach Verlauf von 46 Tagen erkennt man dieselbe in einer grösseren Anzahl von Zellen und nach 50 Tagen erreicht die Volumenzunahme der Zellen ihr Maximum. Nach 100 Tagen zeigen die Zellen die Neigung, ihre normale Form und Grösse anzunehmen. Die Zeit, die für diese Restitution erforderlich ist, fällt verschiedentlich aus, je nachdem der Abstand der Durchschneidungsstelle des Nerven von seiner Zelle grösser oder geringer ist. Ferner spielt dabei das Alter und die Species des operirten Thieres und die Heilung der beiden Operationsstümpfe eine Rolle.

Bei directem Trauma des centralen Nervensystems unterscheidet man in der Läsionsstelle eine centrale necrotische Zone und eine peripherische Zone, in welcher Irritations- und Restitutionsprocesse stattfinden. In der necrotischen Zone findet man eine uniforme Masse mit erweiterten Gefässen und diffus gefärbten Nervenzellen mit unscharfen Conturen und blassem Kern. In der peripherischen Reactionszone findet man Leucocythen, von welchen manche karyokinetische Kernfiguren zeigen. Von 3 bis zu 8 Tagen nach der Läsion kann man die Karyokinese ebenfalls in einigen Nervenzellen constatiren, aber noch niemals konnte man die veiteren Proliferationsstadien in den Ganglienzellen feststellen. Es kommt also nicht zu einer Regeneration des centralen Nervengewebes nach traumatischer Zerstörung desselben.

Was die Alterationen anbetrifft, die nach primären schädlichen Einstüssen in den Nervenzellen zu beobachten sind, so sind dieselben von der Art der Noxe abhängig. Bei der künstlichen Anämie (Compression der Bauchaorten) tritt die Chromatolyse auf und zwar beginnt dieselbe in einigen Zellen an der Peripherie des Zelleibs; oft findet man dabei ein Oedem der Zelle, das die wahrscheinliche Ursache der Schwellung der letzteren bildet. Ausser in dieser Weise alterirte Zellen findet man auch Zellen, die zwar ihre Form beibehalten haben, die aber das gestreifte Aussehen nicht mehr zeigen. Die chromatophilen Elemente liegen mehr gepresst aneinander, so dass ein Bild eines Netzes entsteht. Aehnliche Veräuderungen konnten von Lamy auch bei experimenteller Embolie constatirt werden.

Bei Intoxicationen spielt ausser der Art der Vergiftung die Intensität des angewandten Virus und die Lebensdauer des Thieres eine Rolle. Bei rabies konnte M. nach 12 und 15 Tagen eine peripherische Chromatolyse feststellen. Bei Anwendung von bacillus botulinus konnte man deutliche Alteration in den Hinterhörnern und besonders in den Vorderhörnern constatiren. Die Zellläsionen bestehen darin, dass zunächst eine Rareficirung und Schwund der chromatophilen Elemente eintritt (meistens an der Peripherie der Zelle). In weiteren Stadien sieht man im Zellleib unregelmässige Klümpchen oder sogar nur pulverartige Masse aus hell gefärbten Kernen bestehend. Weiter bilden sich Lacunen im Innern der Zellen. Manche Nervenzellen enthalten mononucleäre Elemente, die wahrscheinlich Leucocyten darstellen.

Den Einfluss von Tetanus konnte M. bei 3 Meerschweinchen studiren. Er fand dabei Blutungen im Hinterhorn und besonders im Vorderhorn. In einigen Vorderhornzellen zeigte sich eine characteristische Veränderung, die darin bestand, dass die Zelle aus zwei sich von einander völlig unterscheidenden Theilen gebildet wird. Einer dieser Theile ist so dunkel opak gefärbt und man kann in ihm kaum die normale Structur unterscheiden; dieser Theil ist stets dem Axencylinder zugekehrt. Der Axencylinder selbst zeigte eine leichte Granulirung und ist intensiv gefärbt. Diejenigen Protoplasmafortsätze, die diesem Theil zugekehrt sind, zeigen unregelmässige, mitunter sinuöse Conturen. Einen scharfen Gegensatz stellt der übrige Theil des Zellkörpers dar; dieser bleibt hell gefärbt mit noch erhaltenen chromatophilen Elementen und fast normalen Dendriten. Der Kern ist etwas voluminöser und diffuser gefärbt. Diese Veränderung der Nervenzelle konnte M. bei keiner anderen Intoxication constatiren.

Es werden weiter die Zellveränderungen bei Arsenvergiftung besprochen. M. fand dabei in den Spinalganglienzellen elne peripherische Chromatolyse; die centralen chromatophilen Elemente blieben fast intact; in manchen Zellen sieht man eine hellere Zone um den Kern, die der letztgenannten Elemente beraubt ist (zone claire périnucléaire). Seltener findet man Zellen, die keine normale Structur mehr aufweisen. In den Vorderhornzellen tritt dagegen eine diffuse Chromatolyse auf.

Die Versuche mit Alcoholintoxication (intravenös) zeigten, dass meistens eine Chromatolyse an der Peripherie der Zellen (im Vorderhorn) eintritt. In manchen Zellen erscheinen die chromatophilen Elemente in der Umgebung des Kerns intensiver gefärbt, in anderen wiederum sind diese Elemente in dieser Gegend kleiner und weniger an Zahl u. s. w.

Vortragender berichtet dann über die Veränderungen, die er (mit P. Marie und Oettinger) in 2 Fällen von Landry'scher Paralyse gefunden hat (Erweichung mit Gefässalterationen und Vermehrung von Leucocyten im Rückenmark, Zerfall der chromatophilen Elemente in den Nervenzellen, der Kern verlor seine Conturen und lag mitunter an der Peripherie der Zelle, Protoplasmafortsätze sind mitunter geschwollen und zerstückelt). In einem dieser Fälle wurden auch Reinculturen von einem Microben erhalten (aus Hals- und Dorsalmark). In einem Fall von asthenischer Bulbärparalyse fand M. Chromatolyse in den Nervenzellen

des Hirnstamms, dagegen erschien der Kern und die achromatische Sabstanz intact.

Um die Frage der Immunität zu studiren, stellte M. Untersuchungen an, die sich an die Arbeitenvon Goldscheider und F-atau, Kempner und Pollack anschliessen. Marinesco und Chantemesse haben das Tetanustoxin (1/1000) den Meerschweinchen injicirt und dabei die schon oben beschriebenen Zellveränderungen gesehen. Injicirt man dagegen Tetanustoxin und -Antitoxin, so findet man 3 Tage nach der Injection keine Zellalterationen. Wenn das Antitoxinserum erst 24 Stunden nach der Toxininjection erfolgte, so findet man Veränderungen, die aber geringer sind, als bloss nach Toxin-Injection.

Alle diese Untersuchungen zeigen, wie verschiedenartig die Zellalterationen sein können. Das erste Stadium manifestirte sich hauptsächlich durch die Chromatolyse, die peripherisch, diffus oder perinucleär erscheinen kann.

Die Veränderungen der achromatischen Substanz theilt M. in 2 Categorien. Es tritt entweder eine "desagrégation moléculaire" (achromatolyse oder plasmolyse) dieser Substanz auf, oder es entsteht eine Coagulation und wahrscheinlich eine chemische Umstaltung der achromatischen Substanz in Form einer ungefärbten glasigen Masse. Ausserdem findet man bei den primären Zellalterationen auch eine intensive Verfärbung der Zwischensubstanz (bei Arsencocainvergiftung, bei Landry'scher Paralyse u. a.). Ferner findet man oft bei den primären Zellalterationen eine active, stark ausgesprochene Proliferation der Gliazellen, die in einem directen Zusammenhang mit der Veränderung der achromatischen Substanz steht. zellen spielen dabei nach des Vortragenden Meinung eine "neuronophage" Rolle. M. betont dann die Differenz der Zellalterationen, die man bei secundären und bei den primären Läsionen nachweisen kann, und theilt die Zellveränderungen in 2 entsprechende Hauptcategorien und schliesst mit dem Satze, dass auf dem Studium der Pathologie der Nervenzellen die cellulare Therapie basiren wird.

A. Goldscheider und E. Flatau (Berlin): Ueber die Pathologie der Nervenzellen.

Um die Veränderungen der Structur der Nervenzellen mittelst der Nissl'schen Methode zu studiren, benutzten Vortragende experimentelle Eingriffe, welche so beschaffen waren, dass sie eine Schädigung der Functionen des Organismus voraussetzten, aber zugleich eine Etickkehr desselben zu normalen Verhältnissen gestatteten. Die Versuche wurden an Kaninchen angestellt.

Injection von Malonnitril (CN—CH₂—CN) erzeugt bei denselben alsbald heftige zum Tode führende Vergiftungserscheinungen. Durch Einführung unterschweftigsaurer Salze (Na₂S₂O₃) kann man die Thiere entgiften und retten. Unter dem Einfluss der Malonnitrilvergiftung tritt in den motorischen Nervenzellen der Vorderhörner folgende Veränderung ein: Die "Nissl'schen Zellkörperchen" (Granula) zeigen eine Deformirung und einen Zerfall in Körnchen, sie sind abgerundet, ausgezackt, verkleinert; sie haben ihre regelmässige Anordnung verloren, erscheinen chaotisch durcheinander gewürfelt

Zwischensubstanz und Kern sind stark mitgefärbt. Nach Injection des Natrium subsulfurosum bilden sich die veränderten Zellen innerhalb 3 Tagen zur Norm zurück. Bemerkenswerth ist, dass die Vergiftungssymptome sehr schnell verschwinden, so dass das Thier sich zu einer Zeit, wo die Nervenzellen noch deutlich alterirt sind, in seinen Functionen normal verhält.

Erwärmt man Kaninchen künstlich im Thermostaten auf 43-44° C., so tritt folgende Veränderung der Nervenzellen ein: Dieselben sind von vergrössertem Volum, homogen, opak und färben sich hellblau. Die Nisslschen Zellkörperchen sind zerstört. Die Dendriten sind blassblau und geschwollen, etwas varikös und sehen schattenhaft aus. Auch bei einer Erhöhung der Bluttemperatur auf 41,7-42,0° C. sind schon Anzeichen dieser Alteration zu sehen, vorausgesetzt, dass man diese Temperaturerhöhung ca. 3 Stunden andauern lässt. Die beschriebene Alteration der Nervenzellen fängt alsbald an, sich zurückzubilden, ist aber erst nach 2-3 Tagen vollständig zur Norm zurückgekehrt. Auch bei diesem Eingriff ergab sich, dass die Functionsstörung sich viel schneller ausglich, als die Structurveränderung der Nervenzelle.

3. Das Tetanusgift erzeugt bei Kaninchen characteristische nutritive Veränderungen der motorischen Nervenzellen der Vorderhörner. Dieselben bestehen in einer Vergrösserung des Kernkörperchens, welche mit einer Abblassung desselben verbunden ist, Vergrösserung der Nissl'schen Zellkörperchen (Granula) und Abbröckelung derselben, endlich feinkörnigem Zerfall der Nissl'schen Zellkörperchen und Vergrösserung der gesammten Nervenzelle.

Was die Reihenfolge dieser Alterationen betrifft, so tritt zuerst Kernkörperchenschwellung auf; während dieselbe zunimmt, entwickelt sich alsbald Schwellung der Nissl'schen Zellkörperchen. Beide Veränderungen können sehr hohe Grade erreichen. Die Abbröckelung der Nissl'schen Zellkörperchen beginnt entweder erst, nachdem dieselben schon einen gewissen Grad der Schwellung erreicht haben, oder sie setzt bereits beim Beginne der Schwellung ein. Im weiteren Verlaufe nimmt die Abbröckelung zu und es treten feinere Körnchen auf, so dass schliesslich die Nissl'schen Zellkörperchen sich in feinkörnigem Zerfall vorfinden. Zu dieser Zeit pflegt die Kernkörperchenschwellung sich zurückzubilden, wobei das Kernkörperchen oft eckige Formen annimmt. Zuweilen ist in dieser Phase die gesammte Zelle etwas vergrössert. Wir betrachten dieses Stadium als Uebergang zur Norm, da sich während desselben gewöhnlich schon eine Anzahl von normalen oder annähernd normalen Zellen vorfindet. Der feinkörnige Zerfall ist nicht immer ausgesprochen, er fehlt hauptsächlich bei Anwendung schwacher Giftlösungen, bezw. bei wirksamer Antitoxininjection, findet sich dagegen regelmässig bei concentrirten Giftlösungen.

Der zeitliche Verlauf dieser Veränderungen wird in hohem Grade beeinflusst, sowohl durch die absolute Menge des Giftes, wie durch die Concentration desselben. Je grösser die Concentration bezw. Giftdosis ist, desto schneller entwickeln sich die Veränderungen, desto schneller bilden sie sich aber auch zurück. Bei verdünnteren Lösungen dagegen entwickeln sich die Alterationen der Zelle langsam und halten sich längere Zeit auf einer Höhe, um dann sehr allmählig zu verschwinden; bei sehr verdünnten Lösungen

konnte das Bestehen der Veränderungen 2 bis 3 Wochen lang beobachtet werden.

Bei der Rückbildung der morphologischen Veränderungen gewinnen die Nissl'schen Zellkörperchen ihr normales Aussehen früher als das Kernkörperchen, welches mit auffälliger Hartnäckigkeit den geschwollenen Zustand beibehält.

Der Einfluss der Concentration der Giftlösung zeigt sich darin, dass auch bei gleicher absoluter Menge des einverleibten Giftes die concentrirtere Lösung eine stärkere Wirkung entfaltet.

Die verschiedenen Nervenzellen reagiren nicht ganz gleichmässig auf das Gift, vielmehr sieht man oft selbst an benachbarten Exemplaren verschiedene Grade der Alteration. Ebenso treten beim Rückbildungsprocess die Verschiedenheiten der Zellen hervor. Auch individuelle Unterschiede der Thiere spielen eine Bolle.

Um eine Anschauung davon zu geben, wie sehr durch die Verdünung der Giftlösung die Entwicklung der Alteration beeinflusst werden kann, erwähnen wir, dass bei 4-5 proc. Lösung schon nach 1-2 Stunden Alterationen merklich sind, während bei einer Lösung von $0.1^{0}/_{0}$ dieselben sich erst nach 23 Stunden in der ersten Entwicklung präsentiren.

Verfasser betrachten diese morphologischen Alterationen der Nervenzellen als characteristisch für die Tetanusvergiftung, da sie constant und ausnahmslos von ihnen gefunden wurden und da sie keine Aehnlichkeit mit denjenigen Veränderungen der Zellen darbieten, welche bei andersartigen Einwirkungen (Malounitril, Erwärmung, Amputation) zu beobachten sind, und da auch andere Autoren bei ihren Untersuchungen niemals derartige Veränderungen aufgefunden haben.

Es besteht keine regelmässige Beziehung zwischen den Vergiftungssymptomen einerseits und den beschriebenen histologischen Veränderungen der Nervenzellen andererseits. Während sich die Vergiftungssymptome steigern, zeigen die morphologischen Veränderungen eine Tendenz zur Rückbildung. Ferner können wir bei gleichen histologischen Bildern differente Phasen der Vergiftungserscheinungen und umgekehrt bei gleichen Vergiftungssymptomen differente morphologische Zustände finden. Zu einem ähnlichen Ergebniss waren wir auch bei Molonnitril und bei Erwärmung gekommen. Verfasser weisen daher nachdrücklich darauf hin, dass bei der Interpretation von Zellveränderungen (auf Grund Nissl'scher Färbung) mit Bezng auf die Symptome Vorsicht zu üben ist. Dies gilt namentlich auch für pathologisch-anatomische Betrachtungen.

Das intravenös eingespritzte Tetan usgift entfaltet eine deutliche Einwirkung auf die durch das Toxin verursachten morphologischen Veränderungen der Nervenzelle und zwar so, dass dieselben in ihrer Entwickelung und ihrem Ablauf retar dirt werden; unter Umständen, bei sehr frühzeitiger Injection und grosser Dosis so, dass eine schnellere Rückbildung der Zelle eintritt. Diese Einwirkung des Antitoxins documentirt sich, sowohl wenn dasselbe vor oder gleichzeitig mit dem Toxin, wie auch, wenn es stundenlang nach dem Toxin injicirt wurde.

Die Art der Beeinflussung spricht dafür, dass das Antitoxin nur in direct auf die Nervenzelle einwirkt, indem es das Toxin neutralisirt

bezw. einen Theil des an die Nervenzelleu gebundenen Toxins aus denselben herausreisst.

Verfasser glauben, dass die morphologischen Veränderungen der Nervenzellen, welche bei der Injection von Tetanusgift eintreten, der Ausdruck eines chemischen Processes in der Zelle sind, welcher in der Bindung des Giftes durch die Zellsubstanz besteht.

Strychnininjection ruft bei Kaninchen morphologische Veränderungen der motorischen Nervenzellen hervor, welche dem Typus der bei Tetanusvergiftung auftretenden Veränderungen entsprechen, nämlich gleichfalls Schwellung der Kernkörperchen und der Nissl'schen Zellkörperchen mit Abbröckelung derselben. Diese Alterationen können in ihren Anfängen schon 3 Minuten nach einer subcutanen Iujection von Strychnin merklich sein. Die Kernkörperchenveränderung geht auch hier der Schwellung der Nissl'schen Zellkörperchen voran. Die morphologische Veränderung bildet sich, wenn die Thiere am Leben bleiben, zurück, aber erheblich langsamer als die Vergiftungssymptome. Auch hier besteht also keine engere Proportionalität zwischen den Functionsstörungen und den histologischen Veränderungen der Nervenzellen.

Da die morphologischen Veränderungen der motorischen Nervenzellen bei Tetanusgift und bei Strychnin ähnlich sind, so ist als wahrscheinlich anzunehmen, dass eben diese histologische Veränderung für die Entwickelung des gesteigerten Erregbarkeitszustandes, wie er für den Tetanus und die Strychninvergiftung characteristisch ist, von Bedeutung ist.

Ballet et Dutil: Sur quelques lésions expérimentales de la cellule nerveuse.

Im Anschluss an die früheren Untersuchungen über die Veränderungen der Nervenzellen bei temporärer Anämie bezweckten die Verfasser, diese primaren Alterationen mit denjenigen zu vergleichen, welche se oundar in den Vorderhornzellen des Rückenmarks nach Durchschneidung grosser Nervenstämme entstehen. Die künstliche Anämie wurde in der Weise verursacht, indem die Bauchaorta (bei Kaninchen) gegen die Wirbelsäule wiederholentlich und auf einige Minuten gedrückt worden ist. Nach jedesmaligem Eingriff entstand Paraplegie, die bald wieder verschwand. Die erste Veränderung, die in den Nervenzellen constatirt werden konnte, bestand in einer partiellen Auflösung der chromatophilen Elemente. Im Falle, wenn die kunstliche Anamie länger angedauert hat, zeigten die Nervenzellen weitere Alterationsstadien, nämlich eine Fragmentirung des Zellkörpers, Vacuolenbildung, Schwund des Kerns, abgebrochene Fortsätze. Die partielle Auflösung, die sich in Anfangsstadien zeigt, tritt nicht in bestimmten Zellpartien, sondern in ganz verschiedenen Gebieten der Zelle auf. Im Allgameinen liess sich nur nachweisen, dass diese Veränderung entweder in der Umgebung des Kerns oder an der Basis eines der Protoplasmafortsätze auf-Dabei erscheint die Mehrzahl der so alterirten Nervenzellen etwas gesehwollen, der Kern behält aber noch seine centrale Lage. Je länger die Compression der Bauchaorta andauerte, oder je öfter man dieselbe anwandte, desto grösser waren die Zellveränderungen. Man fand dann einen weit vorgeschrittenen Zerfall der chromatophilen Elemente, so dass der Zellkörper

Digitized by GOOGLE

einen diffusen Farbenton zeigte; viele Zellen waren dabei geschwollen und neigten eine rundliche Form anzunehmen und in manchen Zellen konnte man excentrische Lagerung des Kerus constatiren. Von grossem Interesse ist es, dass die Thiere mit solchen Zellveränderungen vor der Tödtung eine vollständige Intactheit ihrer Bewegungssphäre zeigten.

Dies zeigt, dass die chromatophile Nissl'sche Substanz kein nothwendiges Substrat der excito-motorischen Substanz bildet, wenigstens nicht

in ihrer granulären Form.

Eine andere interessante Thatsache besteht in der Analogie, die man in den Zellveränderungen bei künstlicher Anämie und nach Durchschneidung der Nerven nachweisen kann. Auch hiernach findet man die Chromatolyse, Sehwellung und Abrundung des Zellkörpers und (in einigen Zellen) sxcentrische Lagerung des Kerns. Verfasser geben zu, dass man Unterschiede in den Zellalterationen nach Einwirkung von verschiedenen Schädlichkeiten (Nervendurchschneidung, Intoxication u. s. w. nach Lugaro, Marineseo u. a.) feststellen kann, sie meinen aber, dass die primärea Zellveränderungen nach leichtem und graduell allgemeinem primärem Eingriff (Compression der Bauchaorta) denjenigen secundär auftretenden Zellalterationen ähnlich erscheinen können, die nach Durchschneidung der Nervenstämme entstehen. Die Entwickelung, der Verlauf dieser Zellveränderungen sei allerdings nicht derselbe, denn die Restitution der Zellen tritt bei kunstlicher Anämie schneller auf als nach der Nervendurchschneidung. So konnten die Verfasser constatiren, dass nach künstlicher Anämie die Restitution der Nervenzellen schon nach Verlauf von 6 Tagen deutlich zu Tage trat und nach 16-18 Tagen sahen dieselben normal aus. Diese Thatsache zeigt, dass die Chromatolyse allein für sich keine tiefgehende Alteration der Zelle in sich birgt. Wenn auch die Trennung der Zellalterationen in secundare und primare wohlbegrundet erscheint, so sollte man nicht in dieser Trennung zu weit und zu absolut fortfahren, denn man sei nicht im Stande, bei gewissen Umständen eine sichere Entscheidung weder für eine noch für die andere At der Zellalteration zu fällen.

Discussion.

Pollack (Berlin) meint, dass die Untersuchungen von Goldscheider und Flatau und die von ihnen inaugurirte Methode bedeutungsvoll nach den beiden Richtungen sei, als sie erstens eine Begründung der Serumtherapie darstellen und ferner zum ersten Male den Genesungsprocess der vergifteten Zellen unserem Auge und Verständniss näher rückten. Conform mit ihren Experimenten und Ergebnissen sind diejenigen, welche Pollack mit dem Toxin des Bac. botulinus (Ermengem) und seinem durch Kempner hergestellten Antitoxin im Institut für Infectionskrankheiten zu Berlin unternommen hat. Kempner und Pollack verfolgten sowohl die acuten und chronischen Intoxicationen, wie die Entgiftung und Restitutionswirkung der Zelle durch Serumwirkung. Die Skepsis Goldscheider's und Flatau's hält im Uebeigen auch P. für berechtigt angesichts gewisser Incongruenzen von klinischen und anatomischen Erscheinungen. Zur völligen Lösung der wichtigen und letzten Fragen würde es jedenfalls uoch anderer Methoden als nur der Nissl'schen bedürfen.

Sitzung vom 21. August.

Pathogénie et anatomie pathologique de la syringomyélie.

Schulze (Bonn): Pathogenese der Syringomyelie.

Bei der Syringomyelie handelt es sich dem Namen nach um lange röhrenförmige Höhlen im Rückenmark, die auch noch viele Auswüchse nach verschiedenen Richtungen zeigen und die sich auch in die Medulla oblongata hinein erstrecken können. Die Höhlen können entweder 1. angeboren sein (Hydromyelus), 2. kommt eine Syringomyelie mit Geschwulstbildung vor, 3. giebt es Fälle, in denen neben den Höhlen starke Wucherungen von Gliazellen vorhanden sind, die aber nicht die Stärke von 2 erlangen; für diese Fälle hat Sch. den Namen Gliose vorgeschlagen; 4. kommt die Syringomyelie mit Pachy- oder Leptomeningitis zusammen vor. Bei allen erwähnten Formen findet man eine gemeiusame Höhle mit Hyperplasje der Glia rings herum. Was die Entstehung der Syringomyelie betrifft, so kann man sich vorstellen, dass die Höhle entweder das Primäre und die Wucherung das Secundäre ist, oder umgekehrt. In manchen Fällen von angeborener Höhlenbildung kann ein solcher Hohlraum bestehen, ohne dass ein Wucherungsprocess nebenbei ist, in anderen Fällen kann er sich später anschliessen. Dass aber stets abnorm gebildete Höhlen den Ausgangspunkt des um sie sich bildenden Wucherungsprocesses darstellen, ist keineswegs bewiesen. Vortragender kommt auf die Theorie von Langhans und Kronthal zu sprechen und möchte derselben nicht jede Berechtigung aberkennen. Gelegentlich kann die Syringomyelie auch durch grosse röhrenförmige Blutungen hervorgebracht werden, welche secundär einen grossen Spaltraum zurücklassen (Minor).

Im zweiten Falle ist aber die Wucherung das Primäre und die Höhle das Secundare. Sch. kann einen Unterschied zwischen den Wucherungs. processen Gliom und Gliose nur insoweit anerkennen, als das erstere einen stärkeren, mehr abgegrenzten Process darstellt. Er kann besonders der Ansicht Weigert's nicht beistimmen, welcher unter Gliom eine Vermehrung der Gliazellen versteht, und welcher eine Einschmelzung der Gliazellen leugnet. Sch. meint, dass eine solche Einschmelzung sicher stattfindet und gerade dadurch die langen Röhren zu Stande kommen. Gegen die Theorie, dass durch Gefässverschluss die Syringomyelie zu Stande komme, sprechen sehr viele Umstände, z. B. das Fehlen derselben bei der Arteriosklerose; dagegen meint Vortragender, dass Gefässverstopfung für das weitere Fortschreiten des Processes von grosser Bedeutung ist. Sch. hält den Zusammenhang der Syringomyelie mit Lepra für vollkommen ausgeschlossen. Das Problem der Entstehung der Syringomyelie ist zur Zeit noch nicht gelöst und Vortragender geht zum Schluss noch einmal alle Processe durch, welche für das Zustandekommen der Syringomyelie in Frage kommen.

Schlesinger (Wien): Correferat über Pathogenese und pathologische Anatomie der Syringomyelie.

Nach den anatomischen Befunden ist es bisher nicht bewiesen, dass der Lepra eine Rolle in der Aetiologie der Syringomyelie zukommt; die

bedeutende Aehnlichkeit der klinischen Erscheinungen beider Affectionen berechtigt nicht zu der Annahme desselben anatomischen Grundprocesses; es ist auch aus klinischen Erwägungen unwahrscheinlich, dass Lepra zur Höhlenbildung im Rückenmarke führen kann. Der Ausdruck "Morvan'sche Krankheit" ist fallen zu lassen und dafür "Morvan'scher Symotomencomplex" zn setzen, der sowohl bei centralen Erkrankungen (Syringomyelie) als auch bei peripherischen Nervenkrankheiten (lepröser Natur) auftreten kann. Grosse klinische Bedeutung haben Symptome, welche nur der einen oder anderen Affection zukommen. So sprechen halbseitige Bulbärerscheinungen, spastische Parese der unteren Extremitäten. Rigiditäten und Krämpfe derselben, Steigerung der Patellarreflexe, Nystagmus, heftige Schwindelattaquen und segmentale Anordnung der Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen für die Annahme einer Syringomyelie, dagegen peripherische Facialislähmung, druckempfindliche geschwollene Nerven, typische Augen- und Kehlkopfstörungen, über den ganzen Körper zerstreute characteristische Pigmentflecke und Blaseneruptionen für die Gegenwart einer leprösen Erkrankung. Bei der mutilirenden Form der Lepra sind in einwandsfreien Fällen bisher Höhlenbildungen im Rückenmarke nicht gefunden worden.

Die anatomische Bulbärläsion findet sich bei Syringomyelie an typischen Stellen des Querschnittes nur bis zum distalen Ende des Pons. logie der bulbären Syringomyelie ist anscheinend keine einheitliche; für die seitlich gelegenen Spalträume kommen wahrscheinlich entwickelungsgeschichtliche Störungen nur in untergeordnetem Maasse in Betracht, desgleichen primare Gliose. Es scheinen aber bei ihrer Entstehung, mitunter in frühester Kindheit sich entwickelnde, vasculäre Vorgänge eine bedeutsame Rolle zu spielen. Wahrscheinlich sind allmählicher (ischämischer) Zerfall durch Läsion der zuführenden Arterie, sowie Zertrümmerung des Gewebes durch Hämorrhagien als wichtige ätiologische Momente anzusprechen. licher Weise spielen dabei noch derzeit unbekannte Momente oder noch andere pathologisch-anatomische Läsionen eine Rolle. Die seitlich gelegenen Hohlräume lassen, im Gegensatz zu den Spaltbildungen des Rückenmarks, stets eine auch nur partielle Ependymauskleidung vermissen, während sie bei der median gelegenen wenigstens streckenweise vorhanden ist. Erkrankungen der ersten 4 Hirnnerven und der Portio minor trigemini bei Syringomyelie sind durch einen complicirenden Process (Hydrocephalus, Tabes, progressive Paralyse, Hirntumoren) bedingt, da die Höhlenbildung nach allen Erfahrungen weder die Kerne, noch die intrabulbären Züge der eben erwähnten Nerven treffen kann. Bei Pachymeningitis spinalis findet sich eine Form der Höhlenbildung im Rückenmarke, welehe allem Anscheine nach weder mit entwickelungsgeschichtlichen Störungen noch mit centraler Gliose im Zusammenhange steht, sondern auf Gefässveränderungen beruhen dürfte.

Minor (Moskau): Klinische und anatomische Untersuchungen über traumatische, von centraler Hämatomyelie und centraler Höhlenbildung gefolgte Affectionen des Rückenmarks.

In schweren zur Autopsie gelangten Fällen von traumatischer Verletzung des Rückenmarkes in Folge von Bruch, Deviation, Luxation and

Digitized by GOOGIC

dergleichen der Wirbel kann man häufig zweierlei Arten von Erkrankungsherden constatiren. Die einen derselben könnte man "locale", die anderen "localisirte" nennen. Der locale Herd liegt unterhalb des Knochentraumas und repräsentirt eine einfache, unordentliche, in keine Regel einzufügende mechanische Zerstörung, Zertrümwerung, Zermalmung der Rückenmarks. substanz. In den selteneren Fällen, wo ein leichterer Druck stattgefunden hatte, kann man das histologische Bild einer Compressionsmyelitis finden. Ober- und unterhalb des localen Herdes uni- oder bilateral kann man in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch das Bestehen streng localisirter Affectionen constatiren. Diese Localisation ist immer ein und dieselbe; am häufigsten ist es die centrale graue Substanz des Hinterhorns, des Vorderhorns und seltener ein bestimmtes Territorium des Hinterstranges, und zwar der Winkel, welcher von der Commissura post. und der medialen Begrenzung der Clarke'schen Säule gebildet wird. Einen Durchbruch von Blut in die Seitenstränge muss man als eine seltenere Erscheinung ansehen und wenn dies eintritt, so kommt es am ehesten in dem Gebiete der von der grauen Substanz abgehenden processus reticulares vor. Die Gegend der Pyramidenbahnen scheint ganz besonders verschont zu bleiben. logische Bild des localisirten Herdes ist am ehesten und häufigsten eine reine Anhäufung von Blut in Form der centralen Hämatomyelie; des weiteren können wir macroscopisch Hämatomyelie constatiren und bei der microscopischen Untersuchung Spalten und Hohlräume an denselben Stellen finden. Ferner kann man an denselben Stellen auch einen einfachen Zerfall. eine "centrale Desintegration" der Substanz mit Beimengung von Blut oder ohne solche constatiren. Endlich in Fällen, wo eine Hämatomyelie und Zerstörung centraler Theile vorangegangen war, können sie auch zur Bildung grösserer Hohlräume Veranlassung geben. In älteren Fällen können diese Hohlraume von einem Ringe wuchernden Gliagewebes umgeben sein. Der Centralkanal erweist sich in einer ziemlich beträchtlichen Zahl der Fälle nicht obliterirt, sondern weit offen; seine Dimensionen sind hänfig viel grösser als die mittlere Norm (Neigung zur Bildung von Hydromyelus); seine Configuration wird änsserst verschiedenartig; das den Canal auskleidende Epithel und die dasselbe umgebenden Peri-Ependymal-Zellen zeigen eine grosse Tendenz zur Proliferation (beginnende Gliose). Stellenweise beginnt in Folge dessen eine Theilung des Canals in 2-3 Lumina. Unter den klinischen Erscheinungen muss, abgesehen von dem bekannten Fehlen des Kniereflexes bei den verschiedensten Localisationen des Traumas, ganz besonders hervorgehoben werden eine vom Verfasser in den meisten seiner Fälle beobachtete, zuweilen recht breite Zone von syringomyelitischer Dissociation der Sensibilität (Erhaltensein des Tastgefühls bei Verlust des Schmerzund Temperatursinnes) in den unmittelbar oberhalb des Gebietes der vollen Anästhesie liegenden Segmenten. Diese Zone von Analgesie und Thermoanästhesie kann durch das Bestehen eines aufsteigenden centralen Herdes (meistens einer centralen Hämatomyelie) erklärt werden oder auf ein solches Sollte diese Beobachtung auch in weiteren Fällen sich wiederholen und in Fällen transversaler Myelitiden von anderer nicht traumatischer Herkunft nicht vorgefunder werden, dann würde diese Erscheinung die Bedeutung eines forensisch wichtigen Symptoms haben. Auf Grund der vor-

stehenden Beobachtungen ist man berechtigt, zu erwarten, dass in Fällen, in welchen ansschliesslich eine syringomyelitische Dissociation der Sensibilitätsstörung besteht, nur eine localisirte centrale traumatische Affection vorhanden ist. Solche Fälle kommen selten zur Autopsie, da sie, ähnlich wie die acute Polyomyelitis, nicht unbedingt letal verlaufen. Die ganz besondere Neigung der centralen Hämatomyelie, nicht aus den Greuzen der grauen Substanz nach aussen in die weissen Seitenstränge, besonders das Gebiet der Pyramidenbahnen, überzutreten, giebt Veraulassung zu einem etwas skeptischen Verhalten gegenüber der Theorie, welche den Brown-Séquard'schen Typus bei der centralen Hä:uatomyelie durch einen Blutaustritt in die Seitenstränge erklären will. Alle von dem Verfasser gesammelten neuen klinischen und anatomischen Beobachtungen sprechen eher für als gegen die Annahme, dass es eine Categorie von wahren progredienten Syringomyelien giebt — hämato-myelogenen. Vortragender demonstrirt eine grosse Zahl von Präparaten, welche das Gesagte auf das Vorzüglichste veranschaulichen.

Maixner (Prag): Quelques observations sur la symptomate

logie de la syringomyélie.

M. erwähnt einige Besonderheiten, welche sich iu Fällen von Syringemyelie vorfanden. So handelte es sich in zwei Fällen um einseitige Cheiromegalie; ein Fall verlief unter dem Bilde der Raynaud'schen Krankheit, ein Fall war mit Tabes complicirt und ein Fall von Syringomyelie hatte den Morvan'schen Typus.

Sitzung vom 22. August.

L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec les maladies mentales et la médècine légale.

Bernheim (Nancy): L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médécine légale et les maladies mentales.

Die Beeinflussbarkeit ist eine physiolgische Eigenschaft des menschlichen Gehirns; es ist die Neigung des Gehirns, jeden von ihm aufgenommenen Gedanken zu verwirklichen. Jeder aufgenommene Gedanke ist eine Saggestion. Der Hypnotismus ist kein Sonderzustand; er ist die Verwirklichung der Beeinflussung mit oder ohne Schlaf. Die Suggestion kann bei manchen Personen Verbrechen zeitigen, sei es durch instinctiven Trieb oder durch Hallucination oder durch perversen moralischen Sinn. Die Suggestion kann aber nicht ein starkes moralisches Gefühl zerstören, noch es erzeugen, wenn es nicht vorhanden ist; sie kann aber gute und schlechte Triebe zur Entwicklung bringen. Ein Verbrechen kann durch Suggestion an einer Frau verübt werden entweder im hysterischen Schlafe, welcher dem hypnotischen Manöver folgt, oder durch verkehrten eigenen Trieb oder durch eine dem Individuum suggerirte Empfindungslosigkeit. Die Suggestion, d. h. der Gedanke, mag er kommen, woher er will, setzt sich im Gehirn fest und spielt eine Rolle bei fast allen Verbrechen. Die angeborene Schwäche des moralischen Sinnes und eine grosse Beeinflussbarkeit erleichtern die crimi-

nellen Suggestionen. Ein verbrecherischer Act kann in einem Folgezustande oder in einem Zustand von Somnambulismus begangen werden, der seinen Ursprung in fremder oder eigener Suggestion hat. Ein falsches Zeugniss kann in gutem Glauben abgegeben sein durch Autosuggestion, durch welche falsche Erinnerungsbilder erzeugt werden. Ein absolut freies Urtheil existirt nicht. Die moralische Verantwortlichkeit ist meistens unmöglich genau zu bestimmen. Die Gesellschaft hat nur ein Recht der Vertheidigung und Verbütung. Die Erziehung muss einsetzen, um die lasterhaften Triebe zu unterdrücken und um den angeborenen Trieben ein Gegengewicht in hemmenden Vorstellungen entgegenzusetzen.

A. Tokarskij (Moskau): De l'application de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales.

Der hypnotische Schlaf ist ein specieller physiologischer Zustand, der sich characterisist durch den vollkommenen Ausfall psychischer Thätigkeit. In den meisten Fällen ist dieser Zustand von einer sehr grossen Beeinflussbarkeit begleitet. Aber der hypnotische Zustand und die Beeinflussbarkeit hängen nicht unmittelbar von einander ab; es giebt nicht selten Fälle, wo eine ausserordentliche Suggestibilität vorhanden ist trotz Abwesenheit eines hypnotischen Schlafes und umgekehrt. In therapeutischer Hinsicht hat der hypnotische Zustand den gleichen Werth wie die Suggestion Der hypnotische Zustand kann nur eine Herabsetzung der Functionsthätigkeit des Nervensystems hervorbringen, und in Folge dessen wirkt er wie ein Sedativum. Die Suggestion kann sowohl eine Herabsetzung als auch eine Erhöhung der Function nach einer bestimmten Richtung bewirken. Die Erregung des Nervensystems durch Suggestion kann nur von kurzer Dauer sein. In Folge dessen haben in therapeutischer Hinsicht der hypnotische Zustand und die Beeinflussung in negativer Form eine sehr grosse Bedeutung; man darf nicht vergessen, dass selbst die Functionserregung, wo sie hysterische Lähmungen zum Schwinden bringt, in Wirklichkeit nur eine Beseitigung krankhafter Impulse ist, welche die Fuuction hemmen. Daher giebt die hypnotische Behandlung bei allgemeinen Erregungszuständen des Nervensystems, ganz gleich, welcher Art sie sind, den besten Erfolg. Man muss es als allgemeine Regel betrachten, dass die günstige Wirkung des hypnotischen Schlafes sich von Beginn an zeigen muss. Die Anwendung des Hypnotismus ist indicirt bei allen möglichen Schmerzzuständen, bei allen Erregungen des Nervensystems eines Neurasthenikers, in allen Zuständen des Affectes, in allen Fällen gesteigerter Erregbarkeit etc. Man erhält die besten Resultate bei geistig gesunden Menschen. Die Anwendung des Hypnotismus bei geisteskranken Personen hat nur eine secundäre Bedentung. Die Individualität des Kranken spielt hierbei eine grosse Rolle. Aus den Fällen, bei denen die Anwendung des Hypnotismus von gunstigem Erfolge war, kann man Folgendes schliessen: Man kann nur bei solchen Geisteskranken günstige Resultate erzielen, bei denen eine allgemeine Erregung des Nervensystems und des Gehirns im Besonderen vorliegt. In Fällen dagegen, wo die gleichen Symptome abhängig sind von einer abgeschwächten Hirnthätigkeit, hann der Hypnotismus nur vorübergehenden Erfolg haben. In Folge dessen kann man isolirte Symptome einer Geisteskrankheit nur dann zum Schwinden bringen, wenn man auch gleichzeitig den allgemeinen Zustaud des Nervensystems bessert. Bei Anwendung des Hypnotismus darf man nicht ver gessen, dass im Anfangsstadium acuter Geisteskrankheiten die Empfäng. lichkeit für den Hypnotismus und die Beeinflussbarkeit sehr gering sind; man erhält daher die besten Resultate in Perioden, wo die Krankheit anfängt, stationär zu werden. Man erhält gute Resultate bei der Neurasthenie, den Zwangszuständen, der Melancholie, der leichten Manie, bei Alcoholmissbranch, Morphinismus, sexuellen Perversitäten etc. wendung des Chloroforms, um den hypnotischen Schlaf leichter herbeizuführen, ist nur versuchsweise gestattet. Ein schädlicher Effect ist in den meisten Fällen auf die Unerfahrenheit des Hypnotiseurs zurückzuführen. In gerichtsärztlicher Hinsicht kann man nicht leugnen, dass unter dem Einfluss hypnotischer Suggestion das Begehen eines Verbrechens möglich ist, aber in solchen Fällen ist von dem Sachverständigen zu verlangen, dass er sich bestimmt darüber äussert, ob eine Hypnotisation mit dieser bestimmten Beeinflussung stattgefunden hat oder nicht. Der Hypnotismus hat sich in der Behandlung von Geisteskrankheiten einen wohlverdienten Ruf erworben, da man durch ihn in manchen Fällen noch Heilungen erzielen kann, wo alle anderen Mittel im Stiche lassen.

Gorodichze (Paris): La psychothérapie dans les différentes variétés du délire émotif.

Der Ausdruck "Délire émotif", welcher von Morel 1866 eingeführt wurde, verdient erhalten zu bleiben, weil er das Hauptsymptom dieser Krankheitsform, nämlich die "Emotivité", in den Vordergrund stellt. Is 38 derartigen Fällen wurde eine Behandlung mit Suggestion vorgenommen, welche G. mit "Suggestion im Zustande der Empfänglichkeit" bezeichnet. Der Zustand des gewöhnlichen Wachseins verhindert durch die Menge äusserer Empfindungen, welche jeden Augenblick den Kranken zerstreuen, dass die zu suggerirenden Gedanken tief genug in seinen Geist eindringen und sich hier festsetzen. Der hypnotische Zustand andererseits, abgesehen davon, dass er in manchen Fällen gar nicht hervorzurufen ist, hinterlässt bei dem Kranken sehr oft einen schädlichen Zustand nervöser Abspannung. Der Zustand der Empfänglichkeit wird erzeugt, indem man die Gedanken des Kranken auf einen ganz bestimmten Punkt sammelt, so dass er, wie man sagt, ganz Ohr ist und nun beginnt man durch überzeugende Gründe, durch bestärkende Worte etc. seine defecte psychische Gedankeuthätigkeit zu corrigiren. Auf diese Weise wurden von 38 Kranken 23 geheilt, 9 wurden gebessert und bei 6 wurde kein Erfolg erzielt. Am schwersten war die Zweifelsucht und die Berührungsfurcht zu beeinflussen; die Heredität hatte auf den Erfolg keinen Einfluss, ebenso auch nicht das Geschlecht.

G. Galli (Binasco, Italien): Die Ausbeutung einer krankhaften 1 dee seitens des Arztes behufs Heilung.

Eine hysterische Kranke glaubte, dass ihre vorübergehende Stummheit davon herrührt, dass sie eine Schlange im Leibe habe. Der Arzt bestärkte sie in diesem Glauben und versetzte sie in hypnotischen Schlaf, ihr vorher-

Digitized by GOOGLE

sagend, dass er die Schlange entfernen werde und gab ihr, um sie zu überzeugen, einen Gummischlauch in die Hand. Sie wurde gesund, aber nach einigen Tagen kam sie wieder und sagte, dass der Arzt vergessen habe, auch die weibliche Schlange zu entfernen. Auch diese Schlange wurde in hypnotischem Schlafe entfernt und die Patientin war geheilt.

Allgemeine Sitzung vom 22. August.

v. Krafft-Ebing (Wien): Aetiologie der progressiven Paralyse.

K. bespricht zunächst alle Momente, welche in der gegenwärtigen Zeit schädigend auf das Nervensystem einwirken, so dass es krankmachenden Ursachen weniger Widerstand entgegensetzen kann. Momente liegen alle in dem furchtbaren Kampfe ums Dasein, welchen die Menschen heutzutage zu bestehen haben, und in den durch diesen Kampf gezeitigten Auswüchsen. Die progressive Paralyse, auf deren Besprechung Vortragender alsdann speciell eingeht, war im vorigen Jahrhundert so gut wie unbekannt; jetzt ist sie ein wahres Schreckgespenst der Menschheit. Der Procentsatz der Erkrankungen ist seitdem in fortdauernder Zunah me begriffen (1838—1840 12,6 $^{\circ}|_{0}$, 1867—1871 18 $^{\circ}|_{0}$, in den letzten Jahren 23-300 aller Geisteskranken). Die Krankheit befällt Männer erheblich bäufiger als Frauen. Sie ergreift die Menschen jetzt in einem jugendlicheren Alter, als es früher geschah. Früher trat sie im 36 .- 46. Lebensjahre auf, ietzt wird sie auch schon im Kindesalter beobachtet. Es ist ferner eine erhebliche Zunahme dieser Krankheit beim weiblichen Geschlechte zu con-Früher war das bezügliche Verhältniss des männlichen zum weiblichen Geschlecht wie 8:1, jetzt ist es wie 4-2.5:1.

Unter den Ursachen der Paralyse steht die Syphilis obenan. Obwohl die Statistiken hiertber schwankend sind, so sprechen sie doch eine beredte Sprache. Es ist sogar möglich, dass die Syphilis die einzige Ursache dieser Krankheit (ebenso wie der Tabes) ist. Dafür sprechen Versuche, welche in des Vortragenden Klinik mit Paralytikern gemacht wurden. Es wurden 8 Paralytiker, die sich in einem vorgeschrittenen, hoffnungslosen Zustande befanden, mit frischem Schankersecret an verschiedenen Stellen geimpft und alsdann 180 Tage ganz genau beobachtet. Bei keinem derselben trat irgend eine Reaction von Syphilis auf. Daraus lässt sich wohl der Schluss ziehen, dass bei allen diesen Patienten latente Syphilis vorhanden war, welche sie gegen eine frische Infection immun gemacht hat. Weiter ist anzuführen, dass es noch niemals beobachtet worden ist, dass ein solcher Kranker einen syphilitischen Primäraffect acquirirt hat, obwohl diese Kranken wenigstens im Beginn der Krankheit wahrscheinlich sich manchen sexuellen Ausschweifungen hingeben. Für die Annahme der Syphilis als Ursache spricht auch der Umstand, dass bei juveniler Paralyse ein hoher Procentsatz congenitaler Syphilis constatirt ist, ferner, dass in der städtischen Bevölkerung Syphilis und Paralyse viel häufiger sind als auf dem Lande, dass sie unter Officieren erheblich mehr auftritt, im geistlichen Stande dagegen ausserordentlich wenig, ebenso selten bei Damen höherer Stände. In Gegenden, wo die Syphilis selten ist, ist auch die Paralyse selten (Canton Wallis). Der Ausbruch der Paralyse erfolgt

gewöhnlich 5-15 Jahre nach der Infection mit Lues; daher ist es erklärt, dass die Paralyse in verhältnissmässig jugendlichem Alter auftritt. Nimmt man noch die Anfangs erwähnten Momente hinzu, welche schädigend auf das Nervensystem einwirken, so kann man als Ursache der Paralyse die "Civilis at ion und Syphilis at ion" bezeichnen. Vortragender bespricht am Schlusse, dass nur durch eine Bekämpfung der Syphilis dem Fortschreiten der Paralyse Einhalt geboten werden kann.

Sitzung vom 23. August.

Pathogénie et traitement du tabes dorsalis.

Obersteiner (Wien): Die Pathogenese der Tabes dorsalis.

So häufig auch die Tabes dorsalis ist, so genau wir auch die meisten Symptome dieser Krankheit kennen, so sind wir doch noch lange nicht so weit gelangt, eine allseitig befriedigende Theorie von dem Wesen dieses Leidens aufstellen zn können. Bei einem Versuche, die Pathogenese der Tabes zu ermitteln, müssen wir von zwei verschiedenen Standpunkten ausgehen: von dem der Aetiologie und dem der pathologischen Anatomie. Bezuglich der Aetiologie geht die Anschauung der meisten Forscher dahin, dass die Mehrzahl der Tabeskranken früher einmal luetisch inficirt war. Wenn auch die einzelnen Procentzahlen ungemein auseinandergehen, so mag dies für uns zunächst von untergeordneter Bedeutung sein. Weitaus wichtiger erscheint die Divergenz der Meinungen bezüglich der Art und Weise, in welcher sich oft die vor Jahren erworbene Infection atiologisch wirksam zeigt, ob z. B. die Tabes den sonstigen tertiären Manifestationen der Syphilis an die Seite zu stellen ist, ob die Syphilis nur durch allgemeine Schwächung des Nervensystems schädigend wirkt, ob es sich etwa um die Wirkung nicht näher bekannter Toxine der Syphilis handelt etc-Dabei muss zugestanden werden, dass neben der Syphilis und höchst wahr. scheinlich auch ohne diese manchmal andere Schädlichkeiten (Erkältung, Trauma, Gifte etc.) zur Entstehung der Tabes führen können. anf die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis ist zunächst hervorzuheben, dass sehr ausgebreitete Veränderungen und zwar im Bereiche des gesammten Nervensystems angetroffen werden konnen; dabei giebt es aber einzelne Gebiete, die in uncomplicirten Fällen vielleicht nie, andere, doch meistens von der Erkrankung verschont bleiben. Wir können deshalb die Tabes nicht als eine Allgemeinerkrankung des Nervensystems in strengstem Sinne des Wortes, aber ebenso wenig kurzweg als Rückenmarkserkrankung bezeichnen. Da aber die im Rückenmark gefundenen Veranderungen das einzig Wesentliche dabei darstellen - eine ausgebildete Tabes mit normalem Rückenmarke giebt es nicht -, so soll vorwiegend auf diese eingegangen werden. Wir trennen eine Anzahl von pathologischanatomischen Befunden der Tabes, die wir vorderhand als sicher oder nabezu als sicher annehmen dürfen und die von dem mehr nebensächlichen und hypothetischen getrennt werden müssen. Im Rückenmarke Tabischer findet sich immer eine Degeneration im Bereiche der Hinterstränge und zwar jener Theile der Hinterstränge, die sich als die intramedullären Fortsetzungen hinterer Wurzeln erweisen, während jene Gebiete des Hinter-

strangsquerschnittes, welche von endogenen Fasern ausgefüllt werden, frei bleiben oder vielleicht nur in Ausnahmefällen, dann aber rein secundär, mit zum Schwunde gebracht werden. Die anderweitigen typischen Veränderungen im Rückenmarke Tabischer betreffen bloss Nervenfasern der grauen Substanz (vor Allem im Hinterhorne, in den Clarke'schen Säulen, Reflexcollateralen zu den Vorderhörnern), welche sich ebenfalls entweder als directe Fortsetzungen hinterer Wurzelfasern oder als Collateralen derselben erweisen. Die Tabes characterisirt sich also durch eine Degeneration der intramedullären Antheile hinterer Wurzeln. Da aber nicht alle hinteren Wurzeln immer gleichmässig und noch weniger gleichzeitig von dem Processe ergriffen werden, manche von ihnen sogar ganz frei bleiben können, oft segmentare und mitunter selbst bilaterale Differenzen vorhanden sind, erscheint es nicht angemessen, die Tabes als eine Systemerkrankung sensa strictiori zu bezeichnen. Was den Angriffspunkt der Schädlichkeit betrifft, welche dann eine aufsteigende Degeneration im Gefolge hat, so kommen folgende Stellen in Betracht:

- 1. Die peripherischen Nerven mit Einschluss ihrer peripherischen Endigungen (Leyden). Man findet hier allerdings häufig Veränderungen, doch sind dieselben durchwegs viel geringer als an den hinteren Wurzeln und an den Hintersträngen. Die Hypothesen, zu welchen man gegriffen hat, nm es verständlich zu machen, in welcher Weise der Process von den peripheren Nerven durch die Spinailganglienzellen die hinteren Wurzeln ergreift, sind nicht ausreichend.
- 2. Die Spinalganglienzellen (Stroebe, Oppenheim, Marie, Babes). Die hier gefundenen Veränderungen sind meist ganz geringfügiger Natur und keineswegs genügend, um von ihnen aus die vollständige Degeneration zu erklären; man müsste jedenfalls erwarten, dass bei einem Zugrundegehen der Spinalganglienzelle auch die peripheren sensiblen Fasern in gleicher Weise wie die hinteren Wurzeln geschädigt werden.
- 3. Die hinteren Wurzeln selbst a) bei ihrem Durchtritte durch die Dura und Arachnoidea. Hier sollen sie in Folge eines von den Nervenscheiden ausgehenden Proliferationsprocesses comprimirt, gereizt und zum Schwund gebracht werden; b) bei ihrem Durchtritt durch die Pia mater und die periphere Gliaschicht. An dieser Stelle zeigen die hinteren Wurzeln eine deutliche Einschnütrung, hier an einem locus missoris resistentiæ sollen sie durch einen meningealeu Process, der zur Schrumpfung der Pia mater führt, comprimirt werden.
- 4. Der intramedulläre Theil der hinteren Wurzeln allein oder zusammen mit ihrem extramedullären Antheil.

Da uns das Wesen der bei der Tabes in Betracht kommenden Noxen ebenso wenig genau bekannt ist, wie der Mechanismus ihrer Wirksamkeit, so erscheint es gerade in Rücksicht auf die locale Mannigfaltigkeit, in welcher sich diese äussert, angemessen, anzunehmen, dass hierbei eine Reihe verschiedenartiger, coordinirter Processe zusammenwirkt, welche zwar ihrer Intensität nach variabel, aber auf eine gemeinsame Grundursache zurückzuführen sind.

Borgherini (Padoue): Quelques observations sur l'étio

logie et la pathogénie du tabes.

Die Ursachen des tabischen Processes kann man in allgemeine und specifische theilen. Die constanteste Ursache bildet die Syphilis, welche B. in 30 % constatiren konnte. Die Grundlage des tabischen Processes bildet die verringerte Resistenz der sensiblen Bahnen, und auf der Basis dieser organischen Prädisposition entwickelt sich die Krankheit unter dem Einflusse des einen oder anderen ätiologischen Momentes. Das Gesagte wird durch entsprechende Fälle illustrirt.

Discussion.

Leyden entwickelt zunächst bezüglich der Aetiologie die Frage zwischen der Beziehung der Tabes zur Syphilis. Wir haben jedenfalls ausser der Syphilis keine bestimmten Anhaltspunkte, um die Entstehung der Tabes zu erklären. Alle anderen Momente, welche noch augeführt werden, sind nicht ausreichend, obwohl eine grosse Zahl der Tabiker die Entstehung auf sie zurückführt (Erkältung, Ermüdung, Trauma etc.). Die Actiologie der Syphilis hat als Pracises auch viel Bestechliches an sich; sie ist von Erb eingeführt, aber nicht durchgeführt. L. ist nicht im Stande, sich derselben anzuschliessen, weil sie aufgebaut ist einzig und allein auf dem Boden der Statistik, die oft trügerisch ist. Durch die Statistik allein kann man den Zusammenhang einer Krankheit nicht beweisen, es muss mindestens der Beweis gebracht werden können, dass überhaupt durch die Syphilis die Krankheit der Tabes erzeugt werden kanndie Syphilis kann man auch die Gonorrhoe als Ursache der Tabes anschuldigen. Wenn man eine Statistik der Erkältung machen wollte, so wurde auch diese für die Entstehung der Tabes sprechen. Auch die Art der Statistik entspricht nicht den Anforderungen, welche man an eine solche zu stellen hat. L. hält es für unrichtig, hierbei das weibliche Geschlecht nicht zu berücksichtigen. Wenn man sagt, dass es zu schwer sei, bezuglich dieses Punktes beim weiblichen Geschlecht etwas Sicheres zu eruiren, so kann man auch umgekehrt beim männlichen Geschlechte behaupten, dass wahrscheinlich in vielen Fällen etwas als Syphilis ausgegeben wird, was nichts mit derselben zu thun hat. Die Feststellung vorangegangener Syphilis beruht nicht auf eigener Beobachtung des Arztes, sondern nur des Patienten, was etwas sehr Unsicheres ist. Virchow hat ferner constatirt, dass man bei der Autopsie Syphilis neben der Tabes äcsserst selten findet. L. kann es schwer verstehen, dass eine so schwere Krankheit die Folge von Syphilis sein soll, ohne dass sie nicht andere Spuren zurücklassen sollte. L. fordert eine strengere Statistik. eine solche angefertigt von sicher syphilitischen, von unsicher syphilitischen und von nicht syphilitischen Tabikern. L. kann auch die Erklärung der Sache durch ein hypothetisches Toxin der Syphilis nicht anerkennen; die Quecksilbertherapie hat keine grösseren Schwankungen aufzuweisen, als sie auch sonst bei der Tabes vorkommen.

Was den Ausgangspunkt der Tabes anbetrifft, so ist die Ansicht über die Entstehung der Tabes im Rückenmarke heutzutage fast allgemein zurückgewiesen. L. hebt hervor, dass seine Theorie, die er schon im Jahre

1861 aufgestellt hat, jetzt wohl allgemeine Geltung erlangt hat; es ist jetzt ferner anerkannt, dass der tabische Process ein parenchymatöser ist. Leyden's Ansicht ist die, dass der Process von den peripherischen Nerven auegeht und dass nicht nur die sensiblen, sondern auch die motorischen betheiligt sind. Dass hier der Ausgangspunkt liegt, rührt von den Anstrengungen und äusseren Schädlichkeiten her, welchen diese Theile unterworfen sind. Dass die Tabes eine Neuronerkrankung ist, ist jetzt allgemein anerkannt. Ob die Spinalgauglien (nach Marie und Marinesco) den Ausgangspunkt der Krankheit darstellen, ist sehr fraglich, da man sich schwer vorstellen kann, dass das Krankheitsgift sich gerade die verborgensten Stellen als ersten Angriffspunkt auswählen wird. Die letztere Theorie erklärt nach L. sehr gut die Ausbreitung der Tabes, aber nicht ihre Entstehung. Ebenso kann L. die Auffassung Oberstein er's nicht theilen, dass eine Meningitis die Ursache des tabischen Processes sei.

Erb constatirt mit Genugthuung, dass Leyden ausser der Syphilis den anderen vermeintlichen Ursachen keine grosse Bedeutung zuschreibt. Bei Prüfung der Frage ist E. streng objectiv vorgegangen; zum Beweise dafür führt er an, dass er noch im Jahre 1878 behauptet hat, dass die Tabes mit der Syphilis nichts zu thun hat. Er hat dann über 20 Jahre mit grosser Geduld und Sorgfalt seine Statistik aufgestellt und bei 1000 Fällen von Tabes 900 von vorangegangener Syphilis gefunden; er hat ferner bei 6000 Patienten, welche an anderen Nervenkrankheiten litten, mit gleicher Sorgfalt die Anamnese erhoben und dabei in nur 200 der Fälle voraufgegingene Lues gefunden. E. giebt zu dass die meisten Tabiker Tripper gehabt haben, aber in gleichem Massstabe auch die anderen Kranken. Es ist eine notorische Thatsache, dass noch keine Tabes bei Eheleuten vorgekommen ist, wenn nicht Syphilis vorgelegen hat. Sie müsste viel hänfiger bei ihnen auftreten, weun sexuelle Excesse den Grund bilden würden. E. glaubt, dass man nicht sagen darf, dass die Statistik nichts beweisen kann. Sie ist die einzige Methode, mit der man vorläufig operiren E. glanbt, dass die Heredität bei der Tabes eine sehr geringe Rolle spielt. Wo das vorkommt, sind die Kranken gewöhnlich auch selbst syphilitisch gewesen. Er kann nicht anerkennen, dass die Ausschliessung des Weibes von der Statistik ein Fehler ist, da die Anamnese bezuglich dieses Punktes bei ihnen meistens versagt. Dagegen bietet die Feststellung der Syphilis bei Männern der höheren Stände viel mehr Sicherheit dar. Ob alle Tabiker Syphilis gehabt haben, lässt E. dahingestellt, obwohl er die Möglichkeit zugiebt. Bei manchen Tabikern findet man noch Spuren von Syphilis, in den meisten Fällen allerdings nicht mehr. Wie man sich den Zusammenhang zwischen der Tabes und der Syphilis vorzustellen hat, darüber lässt sich zur Zeit noch nichts Sicheres aussagen.

Benedikt legt besonderen Werth auf die Anlage des Menschen und seiner einzelnen Organe, sie seien verschieden lebensfähig. Er hat schon lange behauptet, dass es sozusagen geborene Tabiker gäbe, d. h. solche, deren Rückenmark besonders prädisponirt sei. Die Lehre Erb's prüft B. schon 20 Jahre, wenn auch unter seinen Kranken die Syphilis verhältnissmässig wenig vertreten ist. B. meiot, dass sehr häufig Syphilis in der Anamnese aufgenommen wird, wo solche gar nicht vorhanden war. Trotz-

dem muss er zugeben, dass viele Menschen, die Syphilis gehabt haben, tabisch werden. B. meint ferner, dass die Therapie gegen die Syphilis (Quecksilber, Jod etc.) ein wichtiges Moment sein kann zur Erzeugung der Tabes und erwähnt die rapide Verschlimmerung, die oft nach solchen Kurea eintreten. Die Theorie Leyden's hält er nicht für richtig; es bestehe kein Verhältniss zwischen der Anästhesie und der Tabes; es giebt Tabiker, die keine Anästhesie haben und doch schleudernde Bewegungen machen und umgekehrt (Hysterie).

Henschen erwähat, dass in seiner Klinik die Tabes eine ziemlich seltene Erkrankung ist, ebenso auch die Syphilis. Wenn er aber eine Tabes in der Klinik hat, dann ist auch sicher Syphilis vorausgegangen.

Goldscheider: Wenn man bei tabischer Ataxie die Gelenkstörung genau prüft, so findet man annähernd eine Proportionalität derselben zum Grade der Ataxie. Es giebt Tabiker, welche durch eine Art von Selbstzucht diese Coordinationsstörung bis zu einem gewissen Grade zu compensiren wissen; bei ihnen steht die Ataxie nicht im Einklang mit der objectiv wahrnehmbaren Muskelsinnstörung. Bei Hysterischen kann es nicht zur Ataxie kommen, weil die Anästhesie dabei ein psycho-physischer Processist; die Coordinationsapparate sind dabei intact.

Erb: Ueber die Therapie der Tabes dorsalis.

1. Rückblick auf die Methoden der Bebandlung der Tabes in früherer Zeit.

Die langsam wachsende Einsicht in die Pathologie, das Wesen und die Ursachen der Tabes bedingte mannigfache Erweiterung und Wandlung ibrer Behandlungsmethoden. Ein Blick auf die reiche Litteratur der 40er bis 60er Jahre zeigt, dass man anfangs der schrecklichen Krankheit mit einer gewissen Hoffnungslosigkeit gegenüberstaud (Romberg's berühmter Ausspruch: Keinem Kranken dieser Art leuchtet die Hoffnung der Genesung; tiber alle ist der Stab gebrochen). Von anderer Seite wurde eine gewisse Vielgeschäftigkeit in der Therapie dieses Leidens entwickelt mit den bei Rückenmarksaffectionen viel in Gebrauch befindlichen Mitteln: Exutarien Ableitung. Bäder, gewisse Medicamente. Dann kam die Anwendung des faradischen Stromes (Duchenne) und des galvanischen Stromes (Remak), ferner die von Wunderlich ausgehende Empfehlung des Argent. nitrie, welches roch heute einen grossen Ruf geniesst. Grössere Fortschritte wurden durch die Balneotherapie angebahnt; besonders erwiesen sich die gasreichen Thermalsoolbäder von hervorragund günstigem Einflusse. Parallel mit der Balneotherapie der Tabes entwickelte sich die Hydrotherapie, erstere sogar bald tiberflügelnd. Neben diesen Methoden wurden noch zahlreiche Heilversuche gemacht. Neben dem wohl erprobten Argentum nitric. warea es besonders Secale corn., Arsen, die Jod- und Brompräparate, das Strychnia, die Tonica, welche durch ihre theilweisen Erfolge zu immer neuen Versuchen anreizten; ihnen haben sich in neuester Zeit die verführerischen und trügerischen Versuche mit den Organsäften (Hodenextract, Spermin, Rückenmarks- und Hirnsubstanz etc.) angeschlossen. Der neue Aufschwung welchen in unseren Tagen die Massage genommen hat, ging nicht spurlos

an den Tabeskranken vorüber: Gymnastik und systematische Bewegungsübungen eroterten sich einen gesicherten Platz. Aus Russland kam dann die überraschende Kunde, dass die sogenannte Suspension bei den Tabischen wunderbare Heilerfolge zeitige, so dass sich eine förmliche orthopädische Behandlung dieser Krankheit entwickelte. Die blutige und unblutige Nervendehnung brachte es allerdings nur zu einer kurzen Blüthe.

Wenn somit die Therapie der Tabes keine glänzenden und besonders keine wissenschaftlich fundirten Fortschritte aufzuweisen batte, so lag der Grund dafür wesentlich in der Unsicherheit und Mangelhaftigkeit unserer Kenntnisse über das Wesen und die nächsten Ursachen dieser häufigsten und furchtbarsten aller chronischen Rückenmarkserkrankungen. Erst die neuere und neueste Zeit bat es verstanden, hierin einigermassen Wandel zu schaffeu und damit auch der Therapie festere Grundlagen und Ziele anzuweisen.

 Erkenntnisse in der Aetiologie und dem Wesen der Tabes – entsprechende Wandlungen und Fortschritte in der Therapie.

Seit 15-18 Jahren haben wir eine bessere Erkenntniss bezüglich der Actiologie der Tabes. Es ist heutzutage kein Zweifel mehr, dass die Syphilis die weitaus wichtigste und häufigste Ursache der Tabes ist, dass die Tabes in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine Folgekrankheit Diese Thatsache ist durch grosse statistische der Syphilis erscheint. Beobachtungsreihen, wie durch zahlreiche Einzelheiten in dem Auftreten, dem Symptomenbild, der Entwicklung der Tabes mit solcher Sicherheit festgestellt, dass sie als ein sicheres Besitzthum der Nervenpathologie angesehen werden darf; den ganz vereinzelten dissentirenden Stimmen, die diesen Zusammenhang immer noch zu leugnen versuchen, steht die grosse Majorität der erfahrenen Neurologen in allen Culturländern gegenüber. Indessen ist es immer noch Gegenstand der Forschung und der wissenschaftlichen Discussion, wie man sich das Verhältniss der Tabes zur vorausgegangenen Syphilis vorzustellen hat: ob man sie als eine richtige tertiär-syphilitische Manifestation oder als eine postsyphilitische oder metasyphilitische Affection (die etwa von bestimmten, durch die Syphilis erzeugten Toxinen ausgelöst wird) oder ob man sie nur als eine, in dem durch die Syphilis geschwächten und disponirten Rückenmark durch anderweitige Schädlichkeiten ausgelöste Erkrankung betrachten soll - das ist vorläufig nicht sieher zu entscheiden. Neben der Syphilis sind die anderen vielgenannten Schädlichkeiten - Erkältung, Strapazen, sexuelle Excesse, Traumata, Excesse in baccho et tabacco, Ueberanstrengungen und Gemüthsbewegungen - nur als occasionelle, als auslösende Momente zu betrachten, die nur in den allerseltensten Fällen für sich allein die Tabes auszulösen im Stande sind.

Durch diese ätiologischen Ermittelungen ist vor allen Dingen die Prophylaxe und die causale Behandlung der Tabes auf eine viel sicherere Grundlage gestellt. Auf der anderen Seite scheinen wir doch allmählich dem Wesen der tabischen Erkraukung etwas näher auf die Spur zu kommen. Wir sehen jetzt in der Tabes eine primäre Degeneration gewisser nervöser Elemente, eine die Nerveneinbeiten (Neurone) selbst und direct in Angriff nehmende Schädigung, welche die engste Analogie mit gewissen Gift-

wirkungen (Alcohol, Blei, Arsenik, Ergotin etc.) und wohl auch mit den Wirkungen von manchen Infectionen (Diphtherie, Tuberculose) hat.

3. Resultate der modernen Tabestherapie auf Grundlage der neueren Erkenntnisse.

Der weitaus wichtigste Theil dieser Untersuchung betrifft ohne Zweisel das, was wir mit der Prophylaxe und der causalen Therapie der Tabes vom Standpunkte ihrer specifisch-luetischen Verursachung aus erreicht oder nicht erreicht haben. Die Syphilidologen haben sich in den letzten Jahren vielfach bemüht, durch statistische Untersuchungen die Frage zu beantworten, ob eine gründliche und ausdauernde Behandlung der Frühstadien der Syphilis im Stande ist, das Auftreten von Spätformen derselben (Tertiärformen) zu verhüten oder wenigstens einzuschränken und sind dabei übereinstimmend zu dem Resultat gekommen, dass diese Frage entschieden zu bejahen sei. Es lehrt ferner eine von Fournier angestellte Untersuchung, dass die weitaus überwiegende Zahl der Tabischen (23:1) mit vorausgegangener Syphilia entweder gar keine oder nur eine ziemlich ungentigende specifische Behandlung durchgemacht hat, so dass Fournier hieraus geradezu den Schluss zieht, dass eine gründliche und länger fortgesetzte specifische Behandlung der Syphilis in den ersten Stadien der Krankheit die Gefahr der späteren Tabes sehr erheblich berabsetzt, wenn auch allerdings die gruudlichste Behandlung der Syphilis nicht im Stande ist, das spätere Auftreten der Tabes mit absoluter Sicherheit zu verhüten Da über die Prophylaxe bezüglich der übrigen Ursachen der Tabes noch nicht viel zu melden ist, so kann man nur sagen, dass die einzig richtige Prophylaxe der Tabes is einer fortgesetzten und gründlichen Behandlung der Frühstadien der Syphilis besteht. E. pracisirt die Indicationen für die Anwendung der specifischen Therapie bei Tabischen, die früher syphilitisch waren, in folgenden Sätzen: 1. Bei Tabes mit vorausgegangener Syphilis ist im Allgemeinen die antisyphilitische Therapie angezeigt, natürlich mit strenger Individualisirung im Einzelfalle; 3. Speciell eignen sich dazu alle ganz frischen Fälle im initialen Stadium der Tabes, bei welchen die Syphilis noch nicht gar a weit zurückliegt; 2. weiter alle Fälle, in welchen noch floride Symptome der Syphilis an anderen Körperstellen nachzuweisen sind; 4. endlich alle diejenigen Fälle, welche früher nur eine ganz ungentigende Behandlung der Syphilis durchgemacht haben. Indessen muss man sich vor Augen halten, dass die specifische Behandlung nur causal wirkt, dass sie die Ursache des Leidens entfernt, sein Weiterschreiten verhindert und sozusagen erst des Boden bereitet, auf welchem die nachfolgende Einwirkung der übrigen Heilmittel einsetzt. Unter diesen Mitteln hat besonders die Behandlung des Hauptsymptoms der Tabes - der Ataxie - neuerdings erhebliche Fortschritte gemacht durch die Einführung systematischer Uebungen zum Zwecke der richtige Coordination der Bewegungen nach der Methode von Frenkel; dieselbe bedeutet einen wirklichen Fortschritt unserer symptomatischen Therapie und ist auch von den verschiedensten Seiten als solche anerkannt.

4. Nächste Ziele der wissenschaftlichen Tabes-

therapie.

Es bedarf noch einer erheblichen Vertiefung unserer Erkenntniss der Aetiologie und Pathogenese der Tabes, um darauf eine rationelle Prophy-

laxe und causale Therapie der Tabes zu begründen; und ebenso brauchen wir noch eine vertieftere Einsicht in das eigentliche Wesen des tabischen Krankeitsprocesses, eine genauere Präcisirung der sich dabei abspielendeu chemisch-histologischen Vorgänge in den Nervenbahnen.

Grasset (Montpellier): Le traitement du tabes.

Da es keine specifische Therapie der Tabes giebt, so dürfen die therapeutischen Massregeln nur aus der Kenntniss der Nosologie dieser Krankheit hervorgehen. Die Tabes stellt ein anatomisch-klinisches Syndrom dar, welches einerseits durch bestimmte klinische Symptome und den Verlauf, andererseits durch anatomische Veränderungen gut characterisirt ist. Dieses Syndrom bildet nur einen Theil einer allgemeinen Erkrankung, welche man als Sclérose multiple disséminée bezeichnen kann. Denn 1. findet man oft bei der Tabes zerstreute, discontinuirliche sclerotische Läsionen im N. opt., Meningitis spin. chron. etc.; 2. bei einem und demselben Individuum trifft man oft zusammen mit den tabischen Symptomen noch andere nervöse anatomisch-klinische Syndrome, welche anderen disseminirten sclerotischen Herden entsprechen (Polyneuritis, progressive Paralyse, Sclerosis lateralis); 3. man findet bei den an Tabes Erkrankten verschiedentliche Sclerosen anderer Organe (chronische Cardiopathie, Arteriosclerose, Diabetes). Ebenso wie die Aetiologie der multiplen Sclerose ist auch die der Tabes eine com-Die häufigste Ursache ist die Syphilis; dieselbe bildet sogar in den Fällen, in denen man sie findet, kein ausschliessliches ätiologisches Moment. In diesem Sinne soll man die Arthritis, die verschiedentlichen Intoxicationen, hereditäre oder erworbene neuropathische Prädisposition etc. auffassen. Die Complicirtheit der ätiologischen Momente ist im Stande. die Parasyphilis zu erklären, d. h. die Syphilis tritt nur als ein Coagen auf. Von diesem Standpunkte aus ist die Tabes eine heilbare Krankheit' Die Thatsachen zeigen, dass dieselbe als geheilt anfgefasst werden kann' sogar dann, wenn die Läsion noch weiter besteht; andrerseits beobachtet man bei Tabes ziemlich lange Remissionen und partielle Rückgänge. Schliesslich in den weniger gunstigen Fällen kann man einen zeitweiligen Stillstand erzielen. Die locomotorische Ataxie ist also keine unbedingt progressive Form.

Bei Anwendung therapeutischer Massregeln muss man folgende drei Gesichtspunkte berücksichtigen: 1. sucht man die Krankheit zu heilen und den anatomischen Zustand des Rückenmarks zu bessern, 2. die gestörten Functionen des Rückenmarks zu retabliren und 3. die schmerzhaften und anderen Symptome zu erleichtern. Die Massnahmen selbst, welche die Gesichtspunkte berücksichtigen sollen, kann man in 3 Gruppen theilen: 1. Mittel, welche gegen die ätiologischen Momente der Tabes anzuwenden sind (agents modificateurs des causes du tabes); 2. Mittel, welche zu den anatomischen Veränderungen in Beziehung stehen (agents modificateurs des lésions du tabes); 3. symptomatologische Mittel (agents modificateurs des symptômes du tabes). Ad 1. muss man die antisyphilitischen und antiarthritischen Kuren u. a. anwenden. Die autisyphilitische Kur ist bei der Tabes nicht schädlich, oft tibt sie einen günstigen Einfluss (Remissionen), in Ausnahmefällen führt sie zur Heilung. Man soll diese Kur stets da

anwenden, wo vorher stattgehabte Syphilis erwiesen ist. Die erste Kur soll eine gemischte sein und 3 Monate dauern, die folgenden sollen nach dem Heilesfect und je nachdem die Kur ertragen wird, eingeleitet werden-Hierher gehört auch die Anwendung von Chlor und Schwefelmineralwasser. Die antiarthritische Behandlung umfasst ausser hygienischen Massregeln auch Anwendung von Alkalien, Jod, Arsenik u. a. Ad 2. soll die Behandlung sich entweder auf die sclerotische Natur oder auf die medulläre Localisation des tabischen Processes beziehen. Gegen die Sclerose wende man Jodpräparate, oder wenn dieselben nicht ertragen werden, Argentum, ferner in acuten oder subacuten Schüben der Krankheit Ergotin an. Für das Rückenmark selbst soll man locale Abziehungsmittel anwenden, ferner Electrotherapie und Dehnung der Nerven und des Rückenmarks. Suspension anbetrifft, so ist dieselbe hauptsächlich in den chronischen Phasen nützlich und muss lange angewendet werden. Ad 3. gegen die lancinirenden Schmerzen Opium, Antipyrin etc. anwenden. kommen äussere Mittel (Chloroform, warmes Wasser, Electricität etc.). Bei Amyostenie und Astenie hat man Brown-Sequard'sche Nerventranssusionen angewendet; statt dessen kann man Serum und Glycerinphosphate injiciren, ausserdem kommen Massage, Hydrotherapie und einzelne Mineralwasser in Gegen die Ataxie kann die Frenkel'sche Methode verwendet werden. Diese Methode soll nicht in der Zeit der acuten Schübe angewendet werden und nur dann, wo das Sehvermögen, die Intelligenz und die Muskelkraft am besten zur Geltung kommen können. Gegau die neurasthenischen Symptome, welche bei der Tabes viel öfter vorkomman, als man anzunehmen pflegt, soll man an erster Stelle die Suggestion an-Was schliesslich die vesico-rectalen, oculären, trophischen, circalatorischen, bulbären Störungen anbetrifft, so müssen dieselben einer speciellen Behandlung unterworfen werden.

Frenkei (Haiden): Die Behandlung der Ataxie bei Tabes durch Neueint bung der Coordination.

Es ist eine wohl jetzt allgemein anerkannte Thatsache, dass die Ataxio durch Coordinationsubungen wesentlich gebessert werden kann. Neuere Erfahrungen haben gelehrt, dass selbst in sehr schweren Fällen (sog. paralyt. Stadium) gute, ja glänzende Resultate erzielt werden können. Bei der Prognose der Therapie in Bezug auf den zu erwartenden Erfolg und die nöthige Zeit ist der Zustand der Muskulatur (Hypotonie) und der Gelenke zu berücksichtigen. Je grössere Anforderungen an die Methode gestellt werden können, um so complicirter gestaltet sich die Technik der Behandlung; dieselbe darf niemals schematisch sein; sie muss sich anpassen an die Functionen der einzelnen Muskelgruppen. Die Behandlung schwerstet Fälle setzt eine genaue Kenntniss der Methode voraus, während in leichteren Fällen Resultate relativ leichter zu erzielen sind. Die Ataxie der usbelasteten unteren Extremitäten (im Liegen) und der belasteten (im Stehen), ferner die Ataxie des Rumpfes sind in besonderer Weise zu berücksichtigen. Streng zu meiden sind Uebermüdungen. Für die Behandlung der upteren Extremitäten sind complicirte Apparate entbehrlich, sie werden in der Anstalt von F. fast gar nicht mehr angewendet. Die Behandlung der oberen Extremitaten dagegen setzt besondere Apparate voraus. Bei einer regel-

Digitized by GOOGLE

mässigen Kur sind die Uebungen täglich 2-3 mal vorzunehmen. Die Uebungen sollen stets unter ärztlicher Aufsicht vorgenommen werden, namentlich gilt dies für die ersten Wochen und bei schweren Fällen mit Verminderung des Ermüdungsgefühls. Es ist wahrscheinlich, dass durch Erlernung complicirter Coordinationsaufgaben im präatactischen Stadium die drohende Ataxie bekämpft werden kann. Die Erfolge sind dauerhaft. Im Allgemeinen, in schweren Fällen aber ganz besonders, ist die Behandlung nach der Methode von F. während einer Badekur zu verwerfen.

Raïchline (Paris): Quelques considérations sur le traitement du tabes dorsalis.

Die Ausführungen dieses Redners geben im Wesentlichen dasselbe wieder, was schon vorher Erb über die Behandlung der Tabes eingehend besprochen hat.

Jacob (Berlin): Die Behandlung der Ataxie bei Tabes dorsalis mittelst der compensatorischen Uebungstherapie. (Nach den Erfahrungen aus der ersten med. Klinik des Herrn Geh. Rath Prof. v. Leyden.)

Die Heilung oder wesentliche Besserung der Tabes dorsalis durch specifische Behandlung hat sich bisher als unausführbar erwiesen. Dagegen verspricht die mechano-compensatorische Behandlung erfreuliche, bisher auf keine andere Weise erreichte Resultate. Dieselbe verfolgt den Zweck, nicht die Krankheit selbst zu heilen, sondern durch methodische Uebungen die Coordinationsstörungen zu bessern und zu beseitigen. Der Patient soll hierbei lernen, trotz der herabgesetzten Empfindung (Muskelsinn) seine Bewegungen wieder gut zu beherrschen. Solche Uebungen können durch einfache Unterweisung nicht erfolgreich ausgeführt werden; es bedarf vielmehr besonderer für diesen Zweck erdachter Apparate, an welchen ein methodischer mehrere Wochen umfassender Unterricht ertheilt wird.

R. Brower (Chicago): Some observations on the treatment of tabes dorsalis.

Der erste Punkt, welcher nach B. bei der Behandlung der Tabes zu berücksichtigen ist, ist das Klima. Dasselbe muss ein warmes, trockenes und gleichmässiges sein. Der nächstwichtige Punkt ist Ruhe; wenn die Krankheit schnell fortschreitet, so ist absolute Bettruhe zu empfehlen mit täglicher Anwendung von Massage und des electrischen Stromes; auch sonst ist zeitweise Erholung am Tage in Ruhelage von guter Wirkung. Erhebliche geistige Thätigkeit und physische Ermüdung sind zu vermeiden, ebenso sexuelle Excesse. Die von Frenkel eingeführten Uebungen haben auf die Coordinationsstörungen einen ausserordentlich günstigen Einfluss. Zum Schluss empfiehlt B. einzelne Medicamente, besonders das Goldchlorid.

Dicussion.

Zabludowsky meint, dass schon im Jahre 1884 mechanische Uebungstherapie bei der Tabes geübt wurde. Damals wurde diese Uebung einfach als Massage bezeichnet. Die neueren Apparate sind nicht wesentlich verschieden von den schwedischen. Z. braucht zur Behandlung der Patienten mit in die Massage eingeschobenen Uebungen keine so lange Zeit wie Frenkel, sondern nur einige Wochen.

Homen berichtet über Erfahrungen, die er in der Behandlung von 47 Tabesfällen gemacht hat und legt bei der mechanischen Methode den grössten Werth auf die Massage und die coordinirten Uebungsmethoden.

Frenkel: Seine Methode hat mit der schwedischen Heilmethode nichts gemein, als dass beide an Muskeln vollzogen werden; sonst sind im Princip beide Methoden grundverschieden. Noch mehr! Frenkel hält die Anwendung der schwedischen Heilmethode oft für direct schädlich, mitunter für deletär. F. kennt Patienten, welche zu Fuss in schwedische Austalten hineingegangen sind und in schlechtem Zustande herausgetragen wurden. Es liegt das daran, dass der Tabiker in Folge Störung seines Ermüdungsgefühls immer die maximale Muske'bewegung ausführt, so dass er sich leicht eher ermüdet, als ein gesunder; man findet als Zeichen davon sehr oft eine colossale Pulsfrequenz und später eine grosse Erschlaftung der Muskeln; aber auch in theoretischer Hinsicht ist Muskelcontraction und Ataxie etwas ganz verschiedenes.

Pick berichtet kurz über Resultate der Behandlung in der Prager Klinik und demonstrirt Präparate eines Tabesfalles, wo ausser der Hinterstrangserkrankung eine schwere Meningitis im Lendenmark mit Granulationen vorhanden ist.

Raïchline meint, dass so complicirte Apparate nicht nöthig sind, um die Ataxie zu behandeln; mit einfacheren, im Zimmer befindlichen Hülfsmitteln kann man die Uebungen ebenso vornehmen und nicht nur in der Klinik, sondern auch zu Hause.

Frenkel meint, dass es hierbei sehr auf den einzelnen Fall, der zu behandeln ist, ankommt. Es kommt ferner darauf an, ob man von einer Methode nur eine Besserung des Kranken erwartet oder sie so ausarbeitet, dass sie das Ideal einer Heilmethode der Ataxie bildet.

Sitzung vom 24. August.

Jolly (Berlin): Die psychischen Störungen bei Polyneuritis.

Die Geistesstörungen bei Polyneuritis haben die erste Beschreibung von Korsakoff erhalten; das klinischs Bild ist so characteristisch, dass es von allen Autoren wieder erkannt wurde; es existiren Differenzen nar über die Beziehung der geistigen Störung zur Polyneuritis und zu anderen Geistesstörungen. Es steht fest, dass die Entstehung auf eine Giftwirkung zurückzuführen ist. Am häufigsten ist es der Alcohol; in einer kleinen Zahl der Fälle ist es Arsenik etc. und die Toxine der Infectionskrankheiten. Es handelt sich nach Korsakoff nicht um eine directe Wirkung der Gifte, sondern um eine Aenderung des gesammten Stoffwechsels; er bezeichnet die Giftwirkung als eine toxamische. Jolly neigt diesbezüglich der Ansicht von K. hin, weil die Erscheinungen der Geistesstörung und der Polyneuritis erst dann auftreten, wenn zu der chronischen Vergiftung erst eine neue Revolution im Körper eintritt; trotzdem halt J. die Bezeichnung toxumisch als zu allgemein nicht für richtig. Unter 21 Fallen von Polyneuritis, welche J. zu beobachten Gelegenheit hatte, befanden sich 47 Männer und 14 Frauen; von diesen waren bei 35 Männern und bei 9 Frauen

psychische Störungen vorhauden, bei den übrigen 17 Patienten fehlten sie. Die geistigen Störungen bestanden in einfachen Delirien von verschiedener Schwere; einige davon sind gunstig verlaufen, andere letal und einzelne sind ungebessert geblieben. Wenn man überhaupt meint, dass man in einem dieser Fälle ein Zwischengliel zwischen Intoxication und geistiger Störung annehmen kann, so gilt dies vor Allem für das Delirium tremens. Die characteristische Unorientirung in Raum und Zeit und die Pseudoreminiscenz kommt auch bei dem gewöhnlichen Delirium vor; man kann also sagen, dass das Delirium tremens schon die Elemente enthält, welche der ganzen Krankheit zukommen, nur sind hier die Elemente kurz zusammengedrängt: bei der Form der Polyneuritis dagegen hält die Geistesstörung länger an und kann zu einer bleibenden werden. Diese Zustände können in immer tiefere Demenz übergehen. Auch bei der Dementia senilis sieht man analoge Erscheinungen, so dass nur der Verlauf die Entscheidung bringt. Die anatomischen Befunde bei dieser Krankheit sind noch unzureichend. In den von J. untersuchten Fällen fand sich ein mehr oder weniger ausgesprochener Tangentialfaserschwund; die weiteren Untersuchungen müssen berücksichtigen, welche Fasersysteme topographisch ergriffen sind im Gegensatz zu anderen Fällen von Demenz. J. meint zum Schluss, dass man die Krankheit vorläofig wohl am besten nach dem Autor, der sie zuerst beschrieben hat, als Korsakoff'sche Psychose bezeichnet.

An der folgenden Discussion betheiligen sich Korsakoff, Moeliv Nigigarazow und Jolly.

Robertson (Glasgow): Some newer methods of treatment

- 1. Die Anwendung von Wärme oder abwechselnd von Wärme und Kälte von bestimmter Temperatur und eine beträchtliche Zeit lang am Kopfe und der Wirbelsäule bildet einen beträchtlichen Reiz für das Gehirn und Rückenmark. Es ist wahrscheinlich, dass die metabolischen Processe dadurch mehr in Action gerathen und dass krankhafte Producte in den Zellen, Nervenfasern und in den Häuten schneller absorbirt werden. R. empfiehlt diese Behandlungsmethode besonders bei Geisteskrankheiten und Starrkrämpfen, welche mit Stupor verbunden sind; ferner bei Entzündungs- und Degenerationsvorgängen im Rückenmark.
- 2. Das Beklopfen der Schädeldecke, wie es angewendet wird, um einen Krankheitsherd im Gehirn zu localisiren, ist auch ein therapeutisches Mittel bei mauchen Geisteskrankheiten, wo nach den Symptomen zu schliessen ein mässiger Reiz der Hirnrinde angemessen erscheint.
- 3. Die methodische und systematisch angewendete Suggestionsbehandlung erweist sich besonders nützlich bei den leichteren Formen functioneller Störungen des Gehirns und Rückenmarks, welche gemeinhin als hysterische bezeichnet werden.
- 4. Die verlängerte kalte Douche am Kopfe ist nach R. sehr wirkungsvoll bei Convulsionen, die im Gefolge von Alcoholmissbrauch auftreten, und sehr dienlich zur schnellen Beseitigung von nervöser Taubstummheit oder Stummheit. Das Wasser wird in vollem Strome aus einer Höhe von 18 Zoll auf den Kopf (besonders an die Stelle der motorischen Zone) gegossen, wobei man nur ständig den Puls

des Patienten zu controlliren hat, um eine etwaig eintretende Herz-

schwäche schnell zu paralysiren.

5. Die directe Beeinflussung der Medulla oblongata durch den electrischen Strom (eine Electrode wird auf das Occiput, die andere an die Bachenwand gelegt) hat einen guten Erfolg bei Diabetes, bei Bulbärparalyse, bei Epilepsie und Morbus Basedowii gezeitigt.

Shuttleworth (Richmond, England): Hereditary neuroses in Children.

Verfasser definirt die Neurose als einen anormalen Zustand des Nervensystems, bei dem die Tendenz zu functionellen Störungen besteht, ohne dass Structurveränderungen dabei eintreten, der aber trophische Störungen im Gefolge hat. In den sogenannten "nervösen Familien" findet man Kinder, welche geistig uud moralisch defect sind; Kinder, welche Neigung zu Eklampsie, zu Krämpfen und Chorea haben, und die unter den mannigfachsten Formen von Nervenstörungen leiden. Die nervöse Erblichkeit zeigt sich auf verschiedene Weise in verschiedenen Generationen und auch in den Gliedern derselben Generation. Die Statistik ergiebt, dass Geistes- und Nervenkrankheiten, Phthisis und Syphilis, Alcoholismus, Blutsverwandtschaft, hohes Alter der Eltern einen grossen Einfluss auf Entwicklung von Nervenkrankheiten bei den Kindern haben. Die verschiedenen Formen von hereditären Nervenkrankheiten sind besonders in ihren Symptomen bei Kindern Vom socialen Standpunkte aus wünscht Vortragender eine grössere Belehrung über die Schädlichkeit der Heirathen zwischen nervösen Menschen und eine specielle Erziehung der Kinder, welche an Nervenkrantheit leiden.

Orchansky (Charkow): De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions organiques du système nerveux

chez les syphilitiques.

Nach Beobachtung von O. hat die Syphilis allein ohne neuropathische Vererbung eine viel grössere Anzahl von Nervenstörungen im Gefolge als die Syphilis, welche mit kranker erblicher Disposition vergesellschaftet ist; andrerseits schafft die Syphilis allein fast ausschliesslich organische Läsionen des Nervensystems und vornehmlich solche des Gehirns, während man sowohl bei Mannern und Fragen Neurosen und functionelle Psychosen dabei nicht beobachtet. Man beobachtet ferner, dass die Syphilis allein oder zusammen mit erblicher Disposition öfters Manner als Frauen betrifft; im zweiten Falle (Heredität + Syphilis) trifft man ausser organischen Nerveukraukheiten auch einzelne Fälle functioneller Störungen. Da die functionellen Störungen des Nervensystems keine so ernste Bedeutung haben, wie die organischen Affectionen, so ergiebt sich die paradoxe Thatsache, dass die erbliche Disposition, anstatt die Wirkung der Syphilis auf das Nervensystem zu vermehren, sie im Gegentheil gerade verringert. Man kann geradezu behaupten, dass unter dem Einflusse neuropathischer Vererbung eine gewisse Zahl organischer Störungen sich in functionelle umwandelt. Die Zahl der Kinder, welche mit functionellen Krankheiten behaftet sind, überwiegt bei weitem diejenigen, welche an organischen Krankheiten leiden. Unter den letzteren findet man einige Fälle von Entwicklungshemmung und

es bleibt eine sehr verschwindende Zahl von wirklich organischen Läsionen. Indem man sich erinnert, dass man bei Syphilitischen fast gar nicht Neurosen beobachtet, kann man erkennen, dass die Pathogenese durch den Umstand der Heredität einer Modification unterworfen wird und dass der Krankheitszustand bei syphilitischen Kindern dadurch eine Abschwächung erfährt. In den nicht syphilitischen Familien tritt das Vorwiegen der functionellen Störungen bei den erblich Disponirten und dasjenige von organischen Läsionen bei den erblich nicht Disponirten ebenso deutlich zu Tage wie in den syphilitischen Familien. Der characteristischste Punkt für die Gruppe der erblich disponirten, nicht syphilitischen Personen, das ist die sehr beträchtliche Zahl der Psychosen bei ihnen. Numerisch ist die directe oder psychopathische Vererbung allen anderen Formen von Vererbung zusammengenommen gleich. Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass 1. eine functionelle Neurose, wiewohl sie den Organismus prädisponirt zu verschiedenen anderen functionellen Störungen, doch ein Abwehrmittel gegen die organischen Läsionen des Nervensystems bildet und dass 2. eine neuropathische Vererbung auch das Nervensystem schützt gegen die verheerende Wirkung der Syphilis.

van Gehuchten: Le mécanisme des mouvements réflexes.

Eine grosse Anzahl von klinischen Untersuchungen (Bastian, Thoburn, Bruns, Gerhardt, Egger, Habel) zeigten, dass bei einer vollständigen transversalen Läsion des Cervical-Dorsalmarks ein völliges Erloschensein der Sehnen-, Hant- und Visceralreflexe (mit Erhaltensein des Plantarreflexes bei tiesem Nadelstich) eintritt. Diese Thatsache stimmt nicht mit unseren bisherigen physiologischen Kenntnissen überein und keine der zahlreichen Theorien reicht aus, um eine genügende Erklärung für diese Erscheinung zu geben. Vortragender meint, dass diese Thatsache erst dann erklärt werden kann, wenn man eine exacte Vorstellung von dem einfachen motorischen reflectorischen Act haben wird. Der Muskeltonus stellt nichts anderes dar, als den nach aussen projicirten Excitationszustand, in welchem sich im gegebenen Moment die Vorderhornzellen befinden. Dieser Zustand entsteht nicht an der Stelle selbst, sondern wird durch die Reize bedingt, welche die Vorderbornzellen von anderen Neuronen erhalten, mit welchen sie zusammenhängen. In der Norm steht jede Vorderhornzelle mit den Hinterwurzelfasern, mit cortico- und cerebellospinalen Fasern und mit denen des fasciculus longitudinalis posterior in Verbindung. Diese Fasern führen den Vorderhornzellen entweder Reize (Hinterwurzelfasern, intestinale und cerebellare Fasern) oder Impulse (cortico-spinale Fasern) zu. Als Resultat aller dieser Erregungen entsteht ein gewisser normaler Excitation: zustand der motorischen Zelle, welchen Vortragender als den nervös en Tonus bezeichnet. Dieser nervöse Tonus wird dann nach der Peripherie übertragen, wo er den Muskeltonus verursacht. Es besteht ein gewisser Parallelismus zwischen dem nervösen und dem Muskeltonus und zwar in der Weise, dass man nach den Veränderungen des letzteren über die Modificationen des ersteren schliessen kann. Der nervöse Tonus der motorischen Zelle ist für ihre normale Function unbedingt nöthig. Digitized by GOOGLE Zustandekommen einer unwillkürlichen Bewegung genügt nicht das Intactsein der cortico-musculären Bahn; die motorischen Vorderhornzellen selbst müssen im Besitz ihres normalen Tonus sein, wie dies aus den Untersuchungen von

Mott und Sherring ton hervorgeht.

Ebenfalls kann ein reflectorisch-motorischer Act erst dann zu Stande kommen, wenn 1. der reflectorische Bogen in anatomischer und physiologischer Beziehung intact ist, 2. wenn die motorischen Zellen einen gewissen nervösen Tonus zeigen. Das erste dieser Postulate bedingt die Möglichkeit eines solchen motorischen Actes. Das zweite kann in gewissen Grenzen variiren; von ihm hängt die Intensität ab, mit welcher eine reflectorische Bewegung auf einen peripheren Reiz erfolgt.

Auf Grund dieser Betrachtungen lässt sich die oben angeführte klinische Erscheinung mit Leichtigkeit erklären. Es ist begreiflich, warum die Läsion der Pyramidenbahuen zur Verstärkung der Reflexe führt, ohne dass man dabei an die hypothetische Beeinflussung der secundären Degeneration und der Sklerose dieser Bahuen zu denken braucht. Ebenfalls wird der Schwund der Reflexe nach einer completen Querläsion des Rückenmarks begreiflich, ohne dass man mit Kahler und Pick den Einfluss des nervösen Schocks oder den Reizzustand der Hemmungsbahnen (Schwarz, Sternberg-Gerhardt) oder eine functionelle Störung der grauen Substanz des Lumbo-Sacralmarks annehmen müsste

Traitement opératoire des maladies du cerveau.

v. Bergmann: Hirnchirurgie bei Tumor cerebri und bei der Jackson'schen Epilepsie; Erfolge der operativen

Therapie.

Vortragender verweist auf die Untersuchungen von Flechsig, Edinger, Fritsch und Hitzig, die alle zeigen, dass wir nur von wenigen Stellen der Hirnrinde wissen, dass sie mit ganz bestimmten Eigenschaften versehen sind. Die Erfahrungen der Hirnforschung lehren nue, dass die Hirngeschwülste nur dann diagnosticirt werden können, wenn sie in oder ganz neben den Centralwindungen sitzen. Die chirurgische Technik der Hirnoperationen zeigt enorme Fortschritte. Während man früher die Hirngeschwülste durch ganz kleine Trepanationsöffnungen entfernen wollte, wendet man jetzt die Wagner'sche Methode an, welche uns ermöglicht, uberall hinzukommen (Auf. und Zuklappen von grossen Haut. und Periostlappen). Aber gerade durch die grossen Fortschritte der Technik ist man zur Ansicht gekommen, in dem operativen Eingriff ein diagnostisches Mittel zu sehen. Vortragender wendet sich gegen dieses Bestreben, indem er anführt, dass man nur verbältnissmässig selten den Tumor in Wirklichkeit findet und dass die Operation selbst als solche gefährlich sein kann. 6 vergeblich operirte Fälle fand Vortragender nur in einem Fall den Tumor. Darf man bei solcher Statistik ohne weiteres operiren? Nein; denn ausser dem Blutverlust (welcher lebensgefährlich sein kann), ausser dem Schock (von 75 operirten Fällen sind 14 während oder gleich nach der Operation an Schock gestorben) kann noch die später sich entwickelnde Verdickung und Verödung der pia mater zur Epilepsie Anlass geben. Ausserdem kann nach Aufschneidung der Hirnhäute ein Prolaps der Hirnsubstanz entstehen,

welcher oft durch Periostnaht nicht zu bekämpfen ist. In manchen Fällen wächst ein solcher Prolaps bis zum Tode. Trotz der vorzüglichen Technik kann noch eine operative Hemiplegie entstehen. Alles dies zeigt, dass der operative Eingriff nicht als gleichgiltig für das Leben der Patienten angesehen werden darf. "Ich will nicht vor den Hirnoperationen überhaupt warnen, sondern Demjenigen, welcher meint, dass bei Antisepsis diese Operation ungefährlich ist, zeigen, dass dies nicht der Fall ist, denn diese Operationen können ein ungünstiges Ende finden". Fast alle glücklich operirten Fälle sassen in der motorischen Sphäre, wo es sich um typische Symptome gehandelt hat, die eine sichere Diagnose zuliessen. Die Chir urgie der Hirntumoren ist im Augenblick hauptsächlich die Chirurgie der Central windungen. Im Gebiet der Kleinhirntumoren ist noch vieles in der Diagnose unsicher und man müsse Oppen heim zustimmen, dass die Kleinhirntumoren inoperabel sind. Was die Operationen in den vorderen und mittleren Schädelgruben aubetrifft, so dürfen solche Operationen angewandt werdsn, vielleicht bekommt man günstige Resultate.

Oppenheim (Berlin): Ueber die durch Febldiagnosen bedingten Misserfolge der Hirnchirurgie.

Die therapeutischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Hirnpathologie scheitern nicht an der operativen Technik, die eine ausserordentlich vervollkommnete geworden ist, sondern gewöhnlich an der Unsicherheit der Diagnose. Trotz der bedeutenden Förderung, welche die Diagnostik der Hirngeschwülste in den letzten Jahren erfahren hat, begegnen uns doch noch Falle genug, in denen wir die Frage, ob ein Hirntumor oder ein anderweitiges Leiden vorliegt, nicht beantworten können. Besonders oft giebt der Hydrocephalus acquisitus (oder Meningitis serosa) zu Verwechselungen mit einer Hirngeschwulst Anlass, da er alle Symptome der letzteren aufweisen kann und auch die Lumbalpunction als diagnostisch entscheidendes Mittel sich als trugerisch erwiesen hat. Operative Misserfolge, die auf Verwechselungen von Hirntumor und Hirnabscess beruhen, kommen heutzutage nur vor, wo ein Tumor cerebri mit einer paralenten Otitis zusammentrifft. Die Unterscheidung der nicht eitrigen Encephalitis von der Hirngeschwulst ist gewöhnlich schon durch den verschiedenen Verlauf gegeben, obwohl auch Fälle vorkommen, besonders im Kindesalter, wo eine Encephalitis als Tumor imponiren kann. Dagegen ist eine genaue Bestimmung, ob es sich in einem gegebenen Falle um einen soliden Tumor oder um eine Cyste resp. Aneurysma handelt, nicht möglich. Bei Vorhandensein einer Cyste soll sich der Operateur niemals mit der blossen Entleerung begnutgen, da es sich in vielen derartigen Fällen um eine cystisch entartete Neubildung handelt.

Wenn, wie aus dem Gesagten hervorgeht, die Allgemeindiagnose des Tumor cerebri in vielen Fällen unsicher ist, so ist die Gefahr
des Irrthums noch grösser, wenn man versucht, den Tumor zu localisiren;
ist es doch mitunter sogar schwierig, die Hemisphäre zu bestimmen,
in welcher der Tumor seinen Sitz hat; dies gilt vornehmlich für das
Haematoma Durae matris, wo oft eine sogenannte collaterale Hemiplegie den Irrthum veranlasst. Ebenso bilden die corticale Epilepsie

und die Monoplegien keine absolut sicheren Zeichen zur Bestimmung des Sitzes des Tumors, da sie bei Geschwülsten ganz verschiedener Hirnregionen beobachtet werden; dies gilt besonders von Tumoren der
centralen Ganglien, wenn sie ins Hemisphärenmark vordringen
oder von Tumoren des Stirn-und Kleinhirns, die auf die Centralwindungen einen Druck ausüben. Ebenso kommen Verwechselungen von
Stirnlappen- und Kleinhirntumoren vor. Zum Schluss spricht O. über die
Schwierigkeit, welche uns die Diagnose des Hirnabscesses bereiten kann.

Bruns (Hannover): Ueber einige besonders schwierige und practisch wichtige differential-diagnostische Fragen in Bezug auf die Localisationen der Hirntumoren.

B. hebt zunächst hervor, dass er in Bezug auf die Frage der Operation von Hirntnmoren ganz auf Seiten v. Bergmann's und von Oppenheim's stehe. Ein Erfolg sei nur in seltenen Fälleu zu erwarten, meist nur bei Centralwindungstumoren, und nur Fälle mit sicherer Diagnose seien zu operiren. B. will einige besonders schwierige und practisch wichtige Fragen der Localdiagnose der Hirntumoren genauer besprechen; zunächst die Differentialdiagnose zwischen Klein hirn- und Stirnhirntumoren Ataxie-Gleichgewichtsstörung käne in beiden Fällen vor, was Bruns zuerst urgirt hat. Die übrigen Herdsymptome der beiden Localisationen sind wenig zu gebrauchen, am meisten noch für den Tumor des Stirnhirns Aphasie und Ablenkung des Blickes vom Tumor weg. Entscheidend seien die Nachbarschafts- und Allgemeinsymptome, obgleich einzelne derselben in beiden Fällen vorkommen können. Die folgende Tabelle giebt die betreffenden Differenzen bei beiden Sitzen wieder:

Frontale Ataxie Cerebellare Ataxie zeigt als Begleitsymptome:

Monoparesen oder Hemiparesen; ev. motorische Aphasie; im Beginn der letzteren vielleicht dysarthrische Störungen, Rumpfmuskelschwäche?

Jackson'sche oder mehr allgemeine epileptische Convulsionen; manchmal auch tonische Krämpfe der Rumpfmuskulatur oder tonische Verbiegung des Kopfes nach einer Seite. Eventuell krampfhafte Ablenkung der Augen vom Tumor weg. Bei einseitigem Tumor keine Blicklähmung.

Bei Durchbruch nach der Basis Läsion eines Opticus oder Tractus mit einseitiger Erblindung oder gekreuzter Hemianopsie, einseitige Anosmie, Abducens-, seltener OculomotoKeine Extremitätenlähmungen oder Paraparesen, sehr selten Hemiparesen; häufiger Hemiplegia alternans; wenn überhaupt, dann dysarthrische Sprachstörungen. Rumpfmuskelschwäche?

Keine corticalen Krämpfe, wohl aber ebenfalls bäufig Anfälle tonischer Convulsionen, spec. der Rumpf- und Nackenmuskulatur mit arc. de cercle-Bildung.

Bei Betheiligung des Pons eventuell Blicklähmung nach der Seite des Tumors, auch mit gekreuzter Hemiplegie.

Hänfig früh doppelseitige Erbliudung aus schwerer Stauungspapille, wie homonyme Hemianopsie. Doppelseitige nucleäre Augenmuskel-Lähmungen, Lähmungen auch anderer

riuslähmung. In diesen Fällen auch manchmal alternirende Hemiplegie durch Lähmung der wechselständigen Extremitäten. Ebenso unter diesen

Umständen manchmal einseitige schwere Stauungspapille, die sonst bei Stirnhirntumoren ein Spätsymptom ist.

Im Anfange geringer Kopfschmerz, später Kopfschmerz meist im Vorderkopfe, aber auch im Hinterkopfe meist mit Nackenstarre.

Witzelsucht. Im Terminalstadium starke Benommenheit.

Eventuell umschriebene percutorische Empfindlichkeit und Tympanie.

Nerven der hinteren Schädelgrube, speciell des Facialis und Acusticus.

Von Anfang an starker Kopfschmerz mit Erbrechen, Pulsverlangsamung und Schwindel. Kopfschmerz meist im Hinterkopfe, oft mit Nackensturre, oft aber auch in der Stirngegend.

Psychische Symptome sehr zurücktretend, vorübergehende Benommenheit durch wechselnden Hydrocephalus internus. Häufig allgemeine Tympanie mit Scheppern.

Anhangsweise bespricht Bruns dann noch die Diagnose eines Tumors im Marke des linken Occipitallappens und die Diagnose von Tumoren in der Nachbarschaft der Centralwindungen, ferner die Bedeutung der percutorischen Empfindlichkeit, der Tympanie und des bruit de pot felé. stellt schliesslich folgende Thesen auf: 1. Gleichgewichtsstörungen bilden ein Hauptsymptom sowohl bei den Geschwülsten des Stirnhirns wie des Verwechselungen zwischen Tumoren dieser beiden Sitze sind deshalb schon öfters vorgekommen. In den meisten Fällen ist eine Differentialdiagnose möglich bei sorgfältiger Berücksichtigung der Nachbarschafts- und Allgemeinsymptome, die ja fast immer beim Stirnhirntumor wesentlich andere sind als beim Kleinhirntumor. 2. Die homonyme Hemianopsie an sich ist für eine Localdiagnose bei Tumoren nur sehr wenig zu verwerthen. Ist rechtsseitige homonyme Hemianopsie von Anfang an mit Alexie und optischer Aphasie verbunden, so kann man einen Tumor im Marke des linken Hinterhauptslappens diagnosticiren. 3. Die Tumoren in der Nachbarschaft der Centralwindungen, speciell im Stirnbirn und im Parietalhirn, sind aus Hirosymptomen oft schwer oder gar nicht von denen der Centralwindungen selbst zu unterscheiden, eventuell kommen umschriebene percutorische Symptome für die locale Diagnose in Betracht. 4. Die percutorischen Erscheinungen von Schädel-Empfindlichkeit, Tympanie, bruit de pot fêlé sind, wenn sie ausgeprägt und ausgedehnt sind, für die Allgemeindiagnose des Tumors, wenn sie deutlich umschrieben sind, für die Localdiagnose von grosser Wichtigkeit. Letzteres besonders dann, wenn der vermuthliche Ausgangspunkt der Hirusymptome und die percutorischen Erscheinungen topographisch übereinstimmen. In den sub 8 erwähnten Fällen von schwieriger Differentialdiagnose zwischen Tumor der Centralwindungen und ihrer Nachbarschaft können deutlich umschriebene percutorische Eracheinungen die endgultige Entscheidung geben - sie können hier also für die Localdiagnose wichtiger sein als die Hirnerscheinungen

selbst. Deutliche umschriebene percutorische Empfindlichkeit und Tympanie ist kaum anders möglich, als wenn der Tumor wenigsteus in der Nähe der Rinde sitzt.

Henschen (Upsala): Röntgen-Strahlen im Dienste der Hirnchirurgie.

H. theilt die Operationsresultate mehrerer Fälle von Hirntumor mit und erwähnt einen Fall, bei welchem dem Patienten eine Kugel in den Hinterkopf eingedrungen war. Nach den klinischen Symptomen konnte der Sitz der Kugel genau bestimmt werden. Die Aufnahme nach Böntgen ergab die Bichtigkeit des angenommenen Sitzes, worauf die Operation mit Erfolg ausgeführt wurde.

Sitzung vom 25. August.

Henschen: Ueber Localisation innerhalb des äusseren Kniehöckers.

Das Bündel der dorsalen Hälfte der Retina liegt dorsal von der Fossa calcarina an der medialen Fläche des Occipitallappens. Diese Thatsache ist durch mehrere pathologische Fälle bestätigt. Ueber die Localisation dagegen im äusseren Knieböcker ist noch nichts bekannt. H. führt einen entsprechenden Fall an, der darüber Aufschluss giebt. Der Fall betrifft eine 51jährige Frau, welche eine Apoplexie bekam mit linksseitiger Hemiplegie und Hemianästhesie; ausserdem bestand eine vollständige Hemianopsie links, aber auch nach der anderen Seite waren Defecte vorhanden. Nachdem die Drucksymptome geschwunden waren, bestand eine scharf begrenzte Quadranten-Hemianopsie nach links unten, welche noch nach 3 Jahren deutlich zu constatiren war. Bei der Section fand man eine Cyste in der rechten Hemisphäre; diese war mit einer Spitze in den dorsalen Theil des ausseren Kniehöckers eingedrungen. Bei der microscopischen Untersuchung fand man im Opticus nur eine secundare Degeneration, dagegen war die dorsale Kapsel des rechten ausseren Kniehöckers vollständig zerstört, während das ventrale Gebiet desselben roch erhalten war. Ans diesem Falle kann man schliessen. dass die obere Hälfte der Retina heherrscht wird von dem oberen Theil des Kniehöckers und damit ist bewiesen, dass immer nur der obere Theil des Kniehöckers die obere Hälfte der Retina nicht nur einer, sondern beider Seiten innervirt. Da die Quadranten-Hemianopsie mehrere Jahre bestand, so ist damit bewiesen, dass, wenn ein Theil des Kniehockers zerstort ist, kein anderer Theil desselben supplimentirend eintreten kann, wie v. Monakow annimmt. Dieser Fall hat auch eine wichtige diagnostische Bedeutung für die Localisation der Tumoren überhaupt. Bei vollkommener Hemiplegie und Hemianästhesie und Beschränkung eines Quadranten der Sehsphäre kann man einen Hurd im äusseren Kniehöcker vermuthen.

Korniloff (Moskau): Ueber die Veränderungen der motorischen Functionen bei Störungen der Sensibilität.

K. zerschnitt an Hunden die hinteren Wurzeln, um zu untersuchen, ob sich unter dem Einflusse der gesetzten Sensibilitätsstörungen motorische Störungen ausbilden würden. Unmittelbar nach der Operation zeigten die

Thiere sehr starke motorische Störungen, welche sich später ein wenig wieder ausglichen. Um eine vollkommene Anästhesie der hinteren Extremitäten zu erzeugen, mussten 7 hintere Wurzeln durchschnitten werden, was eine sehr grosse Operation bedentet. Unmittelbar nach der Operation besteht eine starke Lähmung der Extremität; ganz allmählich kehrt die Bewegung in derselben wieder zurück; es fehlen die Reflexe und über der anästhetischen Extremität findet sich eine hyperästhetische Zone. Die electrische Untersuchung bietet keine Abwechselung von der Norm. In den Zehengelenken dieser operirten Thiere findet fast gar keine Bewegung statt. ebenso sind im Fussgelenke Bewegungen sehr spärlich; das Tbier stützt sich besonders auf sein Kniegelenk; es hält das Bein immer gestreckt und die Bewegungen sind ganz ungeordnet. Vortragender führt nun der Reibe nach mehrere Hunde vor, denen immer weniger Wurzeln durchschnitten sind, und es zeigt sich aut's Deutlichste, dass die Intensität der Bewegungsstörungen abhängig ist von der Zahl der durchschnittenen Wurzeln. Andrerseits konnte bei Durchschneidung der Hautnerven keine vollkommene Arästhesie erzeugt werden, weshalb auch derartig operirte Hunde nicht die Störungen aufweisen, wie diejenigen, denen die binteren Wurzeln durchtrennt waren. Auch diese Experimente beweisen, dass nicht die Störungen der Hautsensibilität bei der Ataxie die Hauptrolle spielen, sondern diejenigen der Muskelsensibilität.

Discussion.

Bruns weist auf seine Beobachtung von Seelenlähmung hin.

Pick erwähnt, dass in Prag Versuche ähnlicher Art gemacht wurden hierbei hatte sich aber eine Eiterung nach den vorderen Wurzeln zu ergeben. P. fragt, ob dies hier ausgeschlossen ist (was Korniloff sofort bejaht).

Frenkel kennt Fälle, wo Leute innerhalb 24 Stuuden gelähmt waren und wo nachher die Sache sich als eine Tabes entwickelt hat. Stellt man sich vor, dass bei ihnen plötzlich eine grosse Anzahl von Spinalwurzeln erkranken, so würde das ein Analogon zu den von K. vorgeführten Experimenten sein.

Raïchline: Die Experimente Korniloff's liefern für die Leyden'sche Theorie bezüglich der Ataxie eine sichere Basis. Es ist allerdings richtig, dass die motorischen Störungen, welche der Tabiker zeigt, nicht vollkommen denen gleichen, welche man bei Thieren beobachtet, denen die hinteren Wurzeln durchschnitten sind. Aber dies erklärt sich daraus, dass der tabische Process ein chronischer ist, welcher in wechselvoller Weise bald diese, bald jene Faser der hinteren Wurzeln ergreift und dass jede Faser, bevor sie degenerirt, ein Reizungsstadium durchzumachen hat. Ein anderer wichtiger Factor, welcher auf die Stärke der motorischen Störungen von grossem Einflusse ist, das ist dasjenige, was K. genannt hat, ala réaction individuelle de la conscience", und welches bewirkt, dass gewisse nervös beanlagte Patienten sehr schnell atactisch werden, während andere starke Naturen tapfer mit der Krankheit ringen und längere Zeit ordentlich marschiren trotz grosser Störungen der Sensibilität. Ausserdem muss man bei Abschätzung der Ataxie den Tonus und die grobe Kraft der

Muskeln in Erwägung ziehen, welche bei den einzelneu sehr verschieden stark sein können.

Marinesco verweist auf die Möglichkeit der Degeneration endogener Fasern bei der Tabes dorsalis.

Obersteiner erinnert daran, dass auch er in seinem Referate über die Tabes die Degeneration von endogenen Fasern acceptirt hat, nur scheint es ihm fraglich, ob diese Degeneration eine primäre sei.

Haskovec erwähnt einen Fall, bei dem es sich möglicher Weise um eine peripherische Neuritis handelte, die in Tabes überging.

Pick (Prag): Zur Kenntniss der Muskelatrophien.

Eine genauere Auseinanderhaltung der spinalen und der myopathischen Formen der Muskelatrophie nach dem klinischen Bilde, insbesondere der Localisation der Atrophie, ist in manchen Fällen nicht durchführbar. Bei primär myopathischer Atrophie finden sich in vorgerückteren Stadien Degenerationen peripherer Nerven, die wohl als secundär anzusehen sind.

E. Christian (St. Maurice, Seine): Sur l'hébéphrénie.

Wenn man die Anamnese dieser Kranken aufnimmt, so sieht man, dass sie in den ersten Jahren ibres Lebens sich einer vollständigen Intelligenz erfreuen, ja sogar mitunter aussergewöhnliche Fähigkeiten zeigen. jugendlichem Alter tritt dann plötzlich bei ihnen die Intelligenzstörung ein, welche schnell in Demenz und Idiotismus übergeht. Kahlbaum hat zuerst im Jahre 1863 diese Krankheit beschrieben, welche sich unter dem Einflusse der Pubertät entwickelt und die er als Hebephrenie bezeichnet hat. bespricht dann die Ansicht von Hecker, Morel u. A., dass nicht die Demenz als solche das Characteristische für die Hebephrenie ist, sondern ihre Entstehung in der Pubertät. Indessen muss man berücksichtigen, dass in der Pubertät ganz verschiedene Geisteskrankheiten auftreten, nämlich die Paranoia, folie périodique und folie circulaire etc.; aber es giebt eine schwere Geisteskrankheit, bei welcher sich die Demenz sehr rapid entwickelt und diese Krankheit kann man als Dementia præcox bei jugendlichen Personen bezeichnen. Die Hebephrenie ist keine Geisteskrankheit der jungen Leute, sondern sie ist eine Geisteskrankheit der Pubertät und dabei eine der schwersten. C. schildert sodann die Symptomatologie und Aetiologie der Krankheit und nimmt mit der Mehrzahl der Autoren an, dass die Krankheit zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre auftritt. prädisponirenden Momenten spielt die Heredität die Hauptrolle, ferner kommen in Betracht Trauma des Kopfes, Onanismus etc. Von der Idiotie unterscheidet sich die Krankheit durch die für die Idiotie characteristischen Merkmale. Die Krankheit muss ferner vom Stupor (Stupemanie, Demence aigue, Confusion mentale) unterschieden werden. Die Prognose ist infanst und die Therapie meistens eine präventive.

Schüle (Illenau): Zur Katatonie-Frage.

S. erkennt das klinische Bild der Katatonie an im Sinne des psychopathischen Zustandes mit motorischen Störungen. Es sei unentschieden, ob die psychisch-motorische Affection eine eigenartige specifische Form dar-

stellt. Das Syndrom der Stereotypie findet man auch in den manischen, dementen und paranoischen Zuständen. Ebenfalls tritt die Verbigeration und andere Symptome bei verschiedenen anderen psychischen Krankheiten auf. Auch könne man im Verlauf der psychischen und motorischen Symp. tome keine Eigenthümlichkeiten constatiren. Nur die Verbindung der psy-chischen und motorischen Symptome giebt dieser Krankheitsform eine bestimmte Signatur. Die katatonischen Bewegungen können in folgende Gruppen getheilt werden: in 1. schwere motorische Bewegungen auf neurotischer Basis, 2. leichte aus psychischer Natur resultirende und der psychischen Therapie zugängliche, 3. Zwangsideen, 4. tonisch-klinische meistens flüchtige Bewegungen, 5. Zwangsbewegungen. Was die psychischen Symptome anbetrifft, so kann die Trübung des Bewusstseins sehr wechselnd sein und bis zum Stupor führen. Die Traumzustände können in Lucidität übergehen. Deshalb sieht man nur eine summarische Erinnerung an einzelne Zwischenräume. Somatisch treten bei Katatonie verschiedene vasomotorische Symptome auf; relativ häufig tritt Pialismus und Hyperhydrosis auf. Das katatonische Bild kann auch episodenartig bei hysterischer Paranoia, Stupor, periodischer Manie auftreten. Es gäbe aber auch eine selbstständige Katatonie im Sinne Kahlbaum's und zwar entweder als eine schwere oder als eine leichte in relative Genesung übergehende Form. Die schweren Fälle gleichen wesentlich der Demenz, besonders der Hebephrenie (also einer Degenerationspsychose mit katatonischen Symptomen). Die letzteren Formen dieser Krankheit entstehen auf Grundlage der Neurosen (hysteropathischen).

Meschede (Königsberg): Ueber Geistesstörung bei Lepra-

M. glaubt, einen directen Einfluss des Lepraprocesses auf die Entwicklung von Geistesstörung statuiren zu müssen, d. h. eine Eutstehung geistiger Störung in Folge von Irritation und Läsion des Nervensystems durch Leprabacillen bezw. durch deren Stoffwechselproducte. Zum Beleg hierfür berichtet M. über einen Fall, bei welchem sich vor 5 Jahren eine ausgeprägte Lepra tuberosa mit localisirter Anästhesie der Beine entwickelte. Während Patient im Jahre 1896 seines leprösen Zustandes wegen auf der medicinischen Klinik lag, versiel er ohne erkennbare äussere Ursache plötzlich in eine acute Geistesstörung, welche alle Symptome des acuten hallucinatorischen Wahnsinns darbot. M. meint, dass das auffällige Prädomiuiren der Hallucinationen der Hautempfindungen zusammen mit der während der Psychose anhaltenden Turgescenz der Haut doch sehr für eine directe Einwirkung der Leprabacillen auf das Nervensystem spricht. Ohwohl ein Bruder des Patienten geisteskrank ist, hält M. die Schlussfolgerung, dass hier eventuell eine hereditäre Geistesstörung vorliegt, nicht für berechtigt, meint vielmehr, dass auch der Psychose des Bruders eine latent gebliebene Lepra zu Grunde gelegen haben könnte.

Marie et Vallon (Seine): Note sur le délire mélancolique.

Verfasser haben sich bei ihren Studien besonders mit den typischen Formen der Melancholie beschäftigt, mit den Fällen, welche eine fortschreitende Entwickelung zeigen, und welche sie als délire mélancolique chronique systématisée bezeichnen. Hierbei hahen sie versucht, das, was dieser

Krankheit eigen ist, von dem zu trennen, was zufällig sich mit ihr vermengen kann.

Ihre Arbeit hat den Zweck, aus dem gesammten Symptomencomplex den wahren melancholischen Wahnsinn von dem zu trennen, was man nur als melancholische Gedanken bezeichnet. Ebenso wie es Kranke giebt mit symptomatisch auftretenden Verfolgungsideen und Kranke mit einem idiopathischen Verfolgungswahnsinn, obenso giebt es Kranke mit symptomatisch auftretenden melancholischen Ideen und andere mit einem melancholischen Wahnsinn.

Sutherland (Edinburgh): L'alienation mentale momentanée dans l'intoxication alcoolique. Attitude illogique de la loi civile (incapacité) et criminelle (responsabilité).

S. hat während der letzten 17 Jahre Untersuchungen in verschiedenen Ländern über den Alcoholismus angestellt, um zu erforschen, welche Wirkungen er auf das Individuum, die Familie, Gesellschaft ausübt, welche Bedeutung er im civilen und criminellen Leben hat. Das Resultat dieser Untersuchung, welches auf einer genügenden Grundlage ruht, ist, dass der Alcoholismus nicht nur die Hauptursache der socialen Misswirthschaft ist, sondern dass er einen Hauptfactor darstellt für Geisteskrankheit, für Verbrechen und Elend, und dass dieser Factor ein stetig wachsender ist. Um diesem Missstande abzuhelfen, verlangt S., dass für den Alcoholisten sowohl in civiler wie crimineller Hinsicht kein Sonderrecht existiren soll, dass ein Alcoholist ebenso zu bestrafen sei, wenn er eine verbrecherische Handlung im Zustande der Trunkenheit ausführt, wie jeder andere. Ja die Trunkenheit schon an sich sollte als ein Verbrechen angesehen werden. Der Alcoholiker sollte nolens volens seines Bürgerrechtes beraubt werden, seine Angelegenheiten sollten von einem Carator verwaltet werden. Der Alcoholist selbst sollte nach einem Asyl, einer Privatanstalt oder einem Arbeitshaus gebracht werden zu einer Zeit, wo gute Aussicht auf Heilung bestände.

Mendelsohn (St. Petersburg): La question des infirmiers en Russie.

M. berührt zuerst mit kurzen Worten die nationalen Besonderheiten, unter denen die Geisteskrankheiten in Russland auftreten, bespricht dans weiter den Kraukenwärterdienst in den Irrenanstalten und giebt hierüber statistische Mittheilungen. Zum Schluss stellt er die Forderung auf, dass sowohl im Auslande wie in Russland geeignete Menschen in erforderlicher Anzahl für diesen Beruf speciell ausgebildet werden sollen.

Toy (Lyon): Délire de persécution.

Auf Grund klinischer Untersuchungen über das Délire de persécution (Paranoia persecutoria) kommt T. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Paranoia persecutoria syst. kann in wahre Demenz übergehen. 2. In vielen Fällen kommt diese Demenz erst spät zur Erscheinung und im Terminalstadium findet man den von Falret beschriebenen Zustand, welchen er als persistance des idées délirantes bezoichnet. 3. Die Megalomanie stellt eine Phase dar, welche nicht nothwendig in der Entwickelung der Kraukheit

auftritt; sie kann nach T.'s Untersuchungen in einem Drittel der Fälle fehlen. Ausserdem tritt dieser Zustand nur selten ganz rein auf, d. h. er ist fast stets mit persecutorischen Ideen verbunden. 4. In manchen Fällen scheint die Krankheit Halt zu machen, ohne die Zeichen der Megalomanie und Demenz anzunehmen und kann so 30 Jahre und noch mehr andauern. 5. Man sieht Formen, bei denen die persecutorischen Ideen sich anscheinend secundär an die primäre Megalomanie anschliessen. Diese Formen trifft man besonders bei Schwachsinnigen. 6. Diese Krankheit ist besserungsfähig und in manchen Fällen sogar heilbar. 7. Bei manchen hereditär belasteten Kranken findet man transitorische Krankheitsformen. Diese Formen zeigen einen episodischen Character und bilden einen Theil des polymorphen Wahnsinns. Die Krankheit tritt meist bei Erwachsenen auf (zwischen 35 und 45 Jahren); die Heredität bildet dabei eine grosse Rolle; selten findet man vorher Alcoholismus.

Im Vestibul des Sectionssaales batten Flatau und Jacobsohn eine Ausstellung arrangirt, welche eine grosse Anzahl von Abbildungen aus der vergleichenden Anatomie des Centralnervensystems enthielt. Die eine Serie der Abbildungen umfasst die Schädel von Thieren aus fast sämmtlichen Sängethierklassen mit genau topographisch eingezeichueter Lage des Gehirns Diese Schädel, welche grösstentheils in natürlicher Grösse reproducirt sind, geben ein anschanlich übersichtliches Bild von dem Grössenverhältniss, der Gestalt und Lagerung des Gehirns bei den einzelnen Thierklassen und sind aus letzterem Grunde besonders für den experimentellen Physiologen von grosser Bedeutung. Die zweite Serie enthielt macroscopische Abbildungen der Gehirnoberflächen der genannten Thierklassen selbst, indem die Gestalt des Gehirns von oben und der lateralen, medialen und basalen Fläche theils natürlich, theils schematich dargestellt ist. Die dritte Serie umfasst microscopische Zeichnungen und zwar ist als ein Muster derselben eine Frontalschnittserie vom Centralnervensystem des Kaninchens ausgestellt, welche sich vom Sacralmark herauf bis zum Stirnhirn erstreckt In dieser Serie waren die wichtigsten Punkte vom inneren Bau des Centralnervensystems zur Anschauung gebracht und zwar sind die Zeichnungen der Frontalschnitte so gehalten, dass immer die eine der beiden symmetrischen Hälften den Faserverlauf der entsprechenden Gegend, die andere Hälfte die Kern- und Zellenformation derselben wiedergiebt.

Dr. Nebelthau hatte im gleichen Raume eine grosse Anzahl von Zeichnungen und einzelne Präparate ausgestellt, welche microscopische Schnitte durch das menschliche Gehirn betrafen. Die Schnitte speciell gaben Zeugniss dafür, dass der Verfertiger über eine hervorragende Technik verfügt, und die Zeichnungen, welche mit grosser Sorgfalt und Sachkenntniss angefertigt waren, zeigten die einzelnen Bildungen des menschlichen Gehirns und den Faserverlauf sehr anschaulich und naturgetreu. Ausserdem hatten Frenkel (Haiden) und Jacob (Berlin) mehrere Apparate ausgestellt, an welchen Tabiker unter entsprechender Controlle üben müssen, um ihre atactischen Störungen compensiren zu lernen.

CENTRALBLATT

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

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

XX. Jahrgang.

1897 September.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Epilepsia senilis.

Von Prof. P. J. KOWALEWSKY.

In nenester Zeit gilt es als feststehende Thatsache, dass zwei Arten von Epilepsie unterschieden werden mussen: die idiopathische, essentielle oder medulläre und die symptomatische oder Rindenepilepsie. Diese Unterscheidung grundet sich auf genaue klinische Beobachtungen, pathologischanatomische Untersuchungen, das Studium des Wesens der Epilepsie und experimentelle Versuche. In dieser Hinsicht sind besonders lehrreich die Experimente von Lussana und Gallerani1). Die Vergiftung von Thieren mit Cinchonin rief epileptische Anfälle selbst dann hervor, wenn die motorischen Rindencentren entfernt waren, was für die Unabhängigkeit der medullären Epilepsie von diesen spricht; Injectionen von Kreatinin in die Rinde der Thiere erzeugt die Erscheinungen der Rindenepilepsie. diese Weise gelang es experimentell nachzuweisen, dass es eine corticale und eine medulläre Form der Epilepsie giebt. Zu gleicher Zeit ergab das Experiment die Thatsache, dass es gewisse Stoffe giebt, deren Anhäufung im thierischen Organismus epileptische Anfälle hervorrufen kann, wobei die einen corticale, die anderen medulläre Epilepsie bedingen.

Diese Annahme von der toxischen Natur der Epilepsie findet immer mehr Bestätigung in den Untersuchungen über den Stoffwechsel der Epileptiker und anderen Thatsachen der klinischen Forschung. So sprechen sich für die toxische Grundlage der Epilepsie aus: Marie2), Lannois3), Wilder-

Lussana e Gallerani: Rivista sperimentale di freniatria, v. XVII e XIX.
 Marie: La semaine médicale 1892.

⁸⁾ Lannois: Revue de médécine 1893.

muth 1) u. A. Haig 2) findet, dass die epileptischen Anfälle in enger Beziehung zu der Harnsäure-Ansammlung im Organismus stehen; Rossi³) beobachtete in der praparoxysmalen Periode eine grosse Anhaufung von Kreatinin; Evans 4) halt die epileptischen Anfalle bedingt durch die Zurückhaltung und Ansammlung von Stoffwechselproducten im Organismus; Legrain 5) sieht als Ursache der epileptiformen Anfalle Toxæmie an; D'Abundo6) bewies die grosse Giftigkeit des Blutes von Epileptikern; Krainsky7) kommt auf Grund einer ganzen Reihe von Versuchen über den Stoffwechsel der Epileptiker zum Schlusse, dass die Epilepsie keine Krankheit des Nervensystems, sondern eine Krankheit des Stoffwechsels ist. Hierher gehört auch eine ganze Reihe von Arbeiten über die gastrische Epilepsie, sowie die Arbeiten über die Toxicität des Harns der Epileptiker, welche die Anschauung enthalten, dass die epileptischen Anfalle bedingt werden durch die Anhäufung im Organismus von Producten der regressiven Metamorphose, sowie die Ansammlung von Ptomainen, Leukomainen und anderen Toxinen. Mit einem Wort, wir beobachten in letzter Zeit die Tendenz, die epileptischen Erscheinungen auf periodische Anhäufung toxischer Substanzen und periodische Vergiftung des Organismus zurückzuführen.

Diese Richtung spricht dafür, dass die neueren wissenschaftlichen Erfahrungen ihren Einfluss auch auf die Lehre von der Epilepsie ausgeübt haben. Aber wie von einer jeden auderen neuen Richtung darf man sich auch von der gegenwärtigen, die Grundlage für alle krankhaften Processe in chemischen Vorgängen zu suchen, nicht allzu weit hinreissen lassen. Ich selbst bin ein eifriger Anhänger der Lehre von der toxischen Grundlage mancher Nervenkrankheiten, auch bei der Epilepsie schreibe ich der Intoxication eine grosse Bedeutung zu — aber ich halte es für einen Fehler, in der Vergiftung des Organismus mit den einen oder anderen Toxinen die einzige oder die Hauptursache der epileptischen Anfälle zu sehen.

In der That findet im Organismus sehr vieler Menschen eine Ausammlung grosser Mengen Harnsäure, Kreatinin und anderer Producte der regressiven Metamorphose statt, ohne dass dieselben Epileptiker wären, bloss ein geringer Theil solcher Leute zeigt die Erscheinungen dieser Kraukheit

Wer also von ihnen zeigt sich von dieser Krankheit befallen?

Derjenige, der schon seiner Natur nach als Epileptiker erscheint, — derjenige, der von Geburt au die Keime der Epilepsie in sich trägt, — derjenige, dessen Krampfcentren von Geburt aus zu periodischen Reactionen disponirt sind, Reactionen, welche unter dem Einfluss gewisser Reize sich als Krampfanfälle offenbaren.

Dieser kurze Ueberblick über die Lehre von der toxischen Grundlage der Epilepsie berechtigt mich zu der Annahme, es handle sich bei der

¹) Wildermuth: Zeitschrift für Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer 1893.

²⁾ Haig: The Brain 1893.

⁴⁾ Rossi: Annali di freniatria 1894. 8) Evans: Medical Standard 1894.

b) Legrain: Annales médico-psycholog. 1895.

O'Abundo: Rivista sperimentale di freniatria XVII.
 Brainsky: Obzor Psychiatrii i Nevrologii 1696.

Entstehung der Epilepsie um zwei Gruppen von Ursachen: hauptsächliche und nebensächliche — bedingende und zufällige oder hervorrusende. Zu den hauptsächlichen oder bedingenden Ursachen der Epilepsie gehört die pathologische Veranlagung —, zu den nebensächlichen eine ganze Reihe zufälliger Erscheinungen, welche die Functionsthätigkeit des Organismus beeinflussen, wie: Alter, Trauma, psychischer Shock u. s. w. Intoxication und Autointoxication spielen unzweiselhaft bei der Entstehung der Epilepsie eine wichtige Rolle — aber diese Rolle ist keine grundlegende — sie kommt erst in zweiter Reihe in Betracht, sie ist eine zufällige, die Epilepsie auf dem für sie schon vorbereiteten Boden hervorrusende. In der ungeheuren Mehrzahl der Fälle können Intoxication und Autointoxication bei zu Epilepsie prädisponirten Individuen epileptische Anfälle hervorrusen und nur in einer geringen Anzahl von Fällen erscheinen sie als bedingende Ursachen.

Ja unter den in zweiter Linie in Betracht kommenden Ursachen nehmen Intoxication und Antointoxication auch nicht die erste Stelle ein, in dieser Beziehung hat das Alter eine ernstere Bedeutung.

Schon längst ist die Thatsache festgestellt, dass die Epilepsie eine Krankheit des Kindesalters ist; seltener entwickelt sie sich im Jugendalter, noch seltener in den reiferen Jahren.

Die Epilepsie des reifen Alters ist die corticale oder symptomatische Epilepsie; die idiopathische gehört vorzüglich der Kindheit an. Als Beweis dafür können die Statistiken von Mendel und Milanitez dienen.

Alter.	Milanitoz.	Mendel.
1-5 Jahr	91	112
6-10	32	141
11-15 ,	32	206
16-20 ",	56	164
21—25 ",	19	85
26-30 "	17	44
31 - 35 °	16	55
36-40 "	11	44
41 - 45 "	4	20
46-50 "		15
5155 "	8	8
56 -60 "	2	7
6165 "	8	3
66 - 70 "	1	_
7	Summa 242	904

Diese statistischen Daten zeigen erstens, dass die grösste Anzahl der Erkrankungen an Epilepsie auf das 1.—20. Lebensjahr fällt; zweitens, dass von diesem Zeitraum ab die Anzahl der Erkrankungen progressiv abnimmt und drittens, dass das geringste Contingent an Erkrankungen von dem Greisenalter geliefert wird.

Die angeführten Ziffern, sowie die Schlüsse, die aus ihnen gezogen werden, bedürfen aber einer Berichtigung. Unzweifelhaft sind in den statistischen Daten neben den Fällen idiopathischer Epilepsie auch solche von symptomatischer enthalten. Unzweifelhaft, dass die letzteren hauptsächlich

dem reiferen Alter eigen sind, während die idiopathische Epilepsie hauptsächlich dem Kindesalter angehört. Wenn daher unter Epilepsie bloss die Fälle von idiopathischer Epilepsie verstanden werden, die der symptomatischen bloss als epileptoider oder epileptiformer Zustand aufgefasst werden, so wird die Anzahl der auf das Greisenalter kommenden Fälle von wahrer Epilepsie noch geringer und noch schärfer tritt die Thatsache hervor, dass die idiopathische oder essentielle Epilepsie eine Krankheit des Kindes- und Jünglingsalters ist; im reifen Alter dazegen tritt vorzugsweise die corticale oder symptomatische Epilepsie auf, als Folge von Syphilis, Neubildungen, Cysticerken u. s. w. Idiopathische Epilepsie im reifen Alter ist eine sehr seltene Erscheinung; hierbei tritt sie auf entweder als Folge von Intoxication, oder reflectorisch, bei Schwangeren u. s. w.

Es giebt aber ein Lebensalter, in welchem die idiopathische Epilepsie wieder häufiger wird. In diesem Alter tritt die idiopathische Epilepsie viel häufiger auf als die symptomatische, so dass das Greisenalter in dieser Beziehung sich gewissermassen dem Kindes und Jünglingsalter nähert. Bei Betrachtung der statistischen Ziffern für das Auftreten der Epilepsie dem Alter gemäss sehen wir, dass letztere im Greisenalter eine seltene Erscheiuung ist. Nach Mendel kommen bei 904 Fällen auf das Alter zwischen 60-70 nur 10 Fälle, nach Milanitez unter 242 Erkrankungen für dieses Alter 11. Hierbei ist zu bemerken, dass bei Milanitez auf das Alter zwischen 60 und 70 mehr Fälle von Epilepsie kommen als auf das nächstjüngere von 50-60 Jahren und mit dem zunehmenden Alter das Auftreten von Epilepsie gewissermassen zunimmt.

Die geringe Anzahl der Erkrankungen an Epilepsie im Greisenalter ist aber nur eine scheinbare —, im Gegentheil muss das Auftreten von epileptischen Anfällen in diesem Alter als eine ziemlich häufige Erscheinung aufgefasst werden. Folgendes sind die Gründe, die dafür sprechen.

Die Anzahl der Todesfälle bei gegebener Einheit, sagen wir 100 Individuen, vergrössert sich mit jedem fortschreitenden Lebensjahre; demgemäss nimmt die Anzahl der von dieser Einheit Ueberlebenden in gleicher Weise ab. Vergleichen wir nun die Anzahl der von 100 Individuen im Alter von 1—5 Jahren Verstorbenen mit der Anzahl der Todesfälle, die auf 100 Individuen im Alter von 60—65 Jahren kommen, so ergiebt sich, dass von den letzteren 100 eine zehnfach geringere Zahl am Leben bleibt als von den ersteren 100. Um daher die thatsächliche Häufigkeit der Erkrankung an Epilepsie im Alter von 60—70 Jahren aufdecken zu können, muss die gegebene Ziffer der Epilepsie des Greisenalters um die Ziffer des Sterblichkeitsunterschiedes zwischen diesem Alter und dem Kindesalter multiplicirt werden; hierbei erweist es sich, dass die Anzahl der Erkrankungen an Epilepsie im Greisenalter durchaus nicht so gering ist, wie es nach den Zahlen-Daten den Anschein hat.

Wenn wir daher berechtigt waren, die idiopathische Epilepsie vorzüglich als eine Krankheit des Kindes- und Jünglingsalters aufzufassen, so haben wir auch bis zu einem gewissen Grade das Recht zu behaupten dass sie theilweise auch dem Greisenalter zukommt; jedenfalls ist das Asstreten der Epilepsie in diesem Alter keine exclusive Erscheinung.

Die Epilepsie des Greisenalters war schon den älteren Schriftstellern bekannt. He berden schreibt darüber folgendes: "Unum vidi qui in eum incidit anno septuagesimo quinto". Crocq¹) beschrieb die Epilepsie des Greisenalters als selbstständige Krankheitsform, die offenbar ihren Grund in atheromatöser Veränderung der Gefässe und gestörter Ernährung der nervösen Elemente des Centralnervensystsms hat. Vererbung spielt bei derselben keine Rolle. Sie tritt plötzlich auf und besteht in momentaner Starre des ganzen Körpers; nach einigen Minuten kommt der betäubte Kranke zu sich.

Man unterscheidet Spätepilepsie (epilepsia tardiva) und Altersepilepsie (epilepsia senilis). Delaneuf²) versteht unter Spätepilepsie solche Fälle, in welchen die ersten Anfälle nach dem 30. Lebensjahre auftreten. Nach Maupathe³) liegt der Grund für die epilepsia tardiva inder pathologischen Veranlagung im weitesten Sinne des Wortes: Arthritise mus, Tuberculose u. s. w., ebenso wie die Epilepsie des Kindesalters; je stärker die Prädisposition, um so früher das Auftreten der Epilepsie, jd schwächer die Prädisposition, um so später erscheint die Krankheit unsbedarf zu ihrer Entwicklung stärkerer begünstigender Momente wie: Alcoholiie mus, Syphilis u. s. w. In einigen Fällen dienen als Ursache für dn. Entwicklung der Spätepilepsie schwere Erschütterungen des Centralnerve⁴) systems in Folge von Geisteskrankheiten, wie es unlängst von Cristiani bei 7 Fällen beschrieben wurde.

Simpson⁵) bezeichnet mit dem Namen der Altersepilepsie diejenigen Fälle, die nach dem 60. Lebensjahre auftreten; dieselbe kann sowohl in Form des grand mal als auch in der des petit mal auftreten; der postepileptische Stupor ist bei Greisen bedeutend stärker als bei juugen Leuten, dagegen ist bei ersteren die Störung im psychischen Verhalten nach der Epilepsie geringer als bei letzteren. Auf diesen Umstand hat schon Romberg hingewiesen, welcher zeigte, dass die greisen Epileptiker im Stande sind, lange Zeit ihre Pflichten regelrecht und fehlerfrei zu erfüllen.

Rossi⁶) beschrieb einen Fall von Epilepsie bei einem 71jährigen Manne, bei dem die Krankheit in Folge von Insolation auftrat; derselbe hatte früher Syphilis durchgemacht; zugleich mit den epileptischen Anfällen wurde eine gewisse psychische Verwirrtheit beobachtet und zeitweilige psychische Störungen als Acquivalente.

Naunyn⁷) beobachtete 3 Fälle von Altersepilepsie, bei einem 83. jährigen, einem 70jährigen und einem 63jährigen Manne; in zwei Fällen war Alcoholmissbrauch zu constatiren.

Crocq: De l'épilepsie des vieillards. Presse méd. Belg. 1890.
 Delaneuf: Essai sur l'étiologie de l'épilepsie 1798.

⁵⁾ Maupate: Epilepsie tardive chez l'homme. Annales médico psychol. 1895. 4) Cristiani: Epilessia tardiva negli alienati di mente Ach. di psychiatr.,

⁵⁾ Simpson: Senile ep.lepsie. Brit med. Journal 1894. 6) Rossi: Epilessia tardiva. Riforma medica 1895.

⁷⁾ Naunyn: Senile Epilepsie. Zeitschr. f. klin. Med. 1895.

Simpson¹) veröffentlichte einen Fall von Epilepsie, der bei einem 80jährigen Greise ohne jegliche pathologische Veranlagung und ohne jegliche sichtbare Ursache auftrat — einzig in Folge von Altersveränderungen im Centralnervensystem.

Obwohl Fälle von Alterse pilepsie, d. h. von Epilepsie, welche erst nach dem 60 Lebensjahre auftritt, in der Praxis nicht selten sind, so ist doch die Casuistik dieser Fälle eine recht geringe, daher halte ich mich für berechtigt, folgende zwei Fälle, die ich in jüngster Zeit beobachtete, zu veröffentlichen.

1. Ch. G., 64 Jahre alt, Wittwe, Judin, hat 10 Kinder geboren, nach dem ersten einmal abortirt; die Eltern der Patientin waren gesunde Leute, der Mann litt an einem Herzfehler und war epileptisch. Patientin war schon in der Jugend nervös. Ernste Krankheiten hat sie nicht durchgemacht. Vor 10 Jahren begann sie an subjectivem Kältegefühl in den Beinen zu leiden, in den letzten Jahren traten auch zeitweise Anfalle von Herzklopfen, Präcordialangst und hartnäckige Schlaflosigkeit auf. Vor 11. Jahren starb der Mann. Seit dieser Zeit begann Patientin an trauriger Verstimmung zu leiden, sie wurde nachdenklich, apathisch, finstere Gedanken qualten sie, sie wurde theilnahmlos gegen sich und ihre Umgebung, verlor den Appetit, der Schlaf war schlecht und nicht erfrischend, zeitweise Druck in der Herzgegend und Athemnoth. Hierzu kamen Selbstmordgedanken. Nach einem halben Jahre schwanden diese Erscheinungen, es blieb nar hartnäckige Schlaflosigkeit nach. Nach weiterer kurzer Zeit traten bei der Patientin Nachts Krämpse auf. Die Krampsansalle dauerten nach Aussagen der Umgebung 5-10 Minuten, ergriffen den ganzen Körper und waren von vollständiger Bewusstlosigkeit begleitet. Patientin erinnert sich derselben Anfangs traten die Anfälle einmal monatlich auf, später wurden sie häufiger. In den Zwischenstadien litt Patientin an Schwindelgefühl, aber ohne Bewusstlosigkeit und zeitweilig auch an Anfällen von Angst; dagegen wurde mit Eintritt der Krampfanfälle der Schlaf besser.

Bei der Untersuchung der Patientin ergab sich folgendes: Patientin ist von mittlerem Wuchse, mässigem Ernährungszustand, ziemlich blutarm: Schädel ohne Abnormitäten; Pupillen etwas erweitert, die Reaction auf Licht ein wenig abgeschwächt, Licht- und Farbenempfindung, sowie Beweglichkeit des Bulbus nicht verändert. Assymetrie des Gesichtes und der Mundgegend nicht bemerkbar. Das Herz ein wenig vergrössert — der zweite Ton merkbar accentuirt — deutlich ausgesprochene Arteriosklerose, hauptsächlich in der Schläfengegend; in den Lungen keine sichtbaren Veränderungen. Die Leber im Umfang vergrössert, der Leib aufgeblasen, der Appetit geschwächt, die Darmthätigkeit normal; der Harn ohne bemerkenswerthe Veränderungen; die Sehnenreflexe unbedeutend erhöht, das Gebör etwas abgeschwächt, deutlich ausgesprochene idiomuskuläre Contraction und idiomuskuläre Anschwellung. Schlaf reichlich, allgemeines Schwächegefühl, die Stimmung indifferent, apathisches Verbalten gegen sich und die Umgebung, etwas geschwächte Aperception und geschwächtes Gedächtniss. In

¹) Simpson: An octogenarian epileptic. Journal of nervous and mental disease 1896.

der Wirthschaft beschäftigt sich Patientin ungern. Es wurde verordnet Bromnatrium, Jodnatrium und Tinct. Strophanti und der Zustand besserte sich zusehends. Den Fall weiter zu verfolgen gelang mir nicht.

II. S. K., 62 Jahre alt, mosaischer Confession, aus dem Minck'schen Gouvernement, verheirathet, hatte 8 Kinder - Syphilis negirt - Alcohol. missbrauch - beschäftigt sich mit Handel. Der Vater des Patienten gebrauchte Alcohol in mässigen Mengen; weder Vater noch Mutter litten an irgend einer Nervenkrankheit. Patient hatte in der Kindheit Pocken durchgemacht - zu 35 Jahren Abdominaltyphus; weitere Krankheiten hat er nicht gehabt. In den letzten 5 Jahren ging es ihm schlecht im Geschäft und er hatte viele schwere Tage zu durchleben. Seit zwei Jahren begann sich bei ihm ein Weichselzopf zu bilden. Zugleich hiermit wurde er sehr nervös, leicht reizbar. der Schlaf war schlecht und nicht erfrischend. häufige Anfälle von Schwindel. Vor 14 Monaten trat zum ersten Mal Nachts ein Krampfanfall auf. Vordem hatte er gut gespeist und zwei Schnäpse getrunken. Der Anfall trat 5-6 Stunden nach dem Abendessen auf, im Schlafe und dauerte 5-10 Minuten; Patient hatte keine Erinnerung von demselben behalten, obwohl er aus dem Bette gefallen war. nächste Anfall kam nach 38 Tagen und gleichfalls Nachts. Die Zuckungen ergriffen den ganzen Körper, der Bewusstseinsverlust war ein vollständiger. Die weiteren Anfälle traten alle 2-3 Wochen auf. Im Laufe dieser Zeit war Patient reizbar, das Gedächtniss nahm ab, ebenso die Aperceptionsfähigkeit - gegen die Umgebung wurde Patient gleichgultig. Die Untersuchung ergab folgendes: Leichte Assymetrie des Gesichtes (paresis fac. dextr.), geschwächte Pupillenreaction, Abschwächung des Gehörs auf der linken Seite, Arteriosklerose -, der zweite Herzton verstärkt, Vergrösserung der Leber, der Leib aufgeblasen; leichte Obstipation, Erhöhung der Kniereflexe, Aputhie, Gedächtnissschwäche und leichte Schwäche der Aperceptionsfähigkeit, Schwindelgefühl und äusserst leiser dauernder Schlaf.

Unter dem Einfluss der oben angeführten Cur besserte sich der Zustand, aber Patient verreiste bald und weitere Nachrichten habe ich von ihm nicht erhalten.

Noch einen dritten Fall kann ich anführen: Judin, 54 Jahre alt, mit epileptischen Anfällen, welche zum ersten Mal vor $1^1|_2$ Jahren aufgetreten waren; ich sah diese Kranke aber nur einmal. Auch dieser Fall ist in der Hinsicht interessant, dass gleichzeitig mit den epileptischen Anfällen sich ein Weichselzopf zu bilden begann.

Zum Schluss erlaube ich mir folgende Schlussfolgerungen zu ziehen:

- 1. Alle Fälle von Epilepsie müssen in zwei Hauptgruppen getheilt werden: idiopathische, essentielle oder medulläre Epilepsie und symptomatische oder corticale; wahre Epilepsie ist nur die erstere, die zweite stellt nur einen epileptiformen oder epileptoiden Zustand vor.
- 2. Die Ursachen, welche idiopathische Epilepsie bewirken, müssen geschieden werden in grundsächliche oder erzeugende und in nebensächliche oder hervorrusende.
- 3. Unter den grundsächlichen Ursachen gehört der erste Platz der pathologischen Veranlagung in weitem Sinne des Wortes.

4. Intoxication und Autointoxication kommen als ursächliche Momente in zweiter Reihe in Betracht und dienen in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle als die durch pathologische Veranlagung bedingte Krankheit hervorrufende Ursachen; nur in wenigen Fällen können sie als bedingende Ursachen gelten, indem sie der pathologischen Veranlagung gleichwerthige Veränderung des Nervensystems hervorrufen.

5. Zu den wichtigsten nebensächlichen Ursachen gehört das Alter: Kindes-

alter, Jugendalter und Greisenalter.

6. Epilepsia senilis tritt im Alter nach 60 Jahren auf. Sie ist nicht selten ihrem Character nach idiopathische Epilepsie; auch die symptomatische Epilepsie ist in diesem Alter möglich, hat aber zu ihrer Voraussetzung hauptsächlich Herderkrankungen.

7. Die Altersepilepsie kann sowohl bei Leuten mit angeborener, als auch

mit erworbener pathologischer Veranlagung auftreten.

8. Als ursächliche Momente können dienen: Heredität, Arteriosklerose, Alcoholismas, Syphilis, diffuse organische Veränderungen des Gehirus und seiner Häute, seelische Erschütterungen u. s. w.

9. Epilepsia senilis kann sowohl in der Form des grand mal wie in der des petit mal auftreten; zuweilen kommen verschiedenartige Aequi-

valente und Anfälle von Tobsucht vor.

10. Die Krankheit wird nicht selten begleitet von Abschwächung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Aperceptionsfähigkeit und anderer psychischer Functionen, obwohl diese Erscheinungen nicht so ausgesprochen sind wie im Kindes- und Jugendalter.

 Die Krankheit verbindet sich häufig mit Schlaflosigkeit, Schwindelgefühl, Anfällen von Präcordialangst (Mendel¹) und anderen Er-

scheinungen von Seiten des Nervensystems.

12. Der Verlauf und die Erscheinungsweise der Kraukheit unterscheiden sich in nichts von der gewöhnlichen idiopathischen Epilepsie. Augenscheinlich wird sie durch entsprechende medicamentöse und diätetische Behandlung beeinflusst, doch muss das entscheidende Wort hierin weiter angestellten Beobachtungen überlassen werden.

II. Litterarische Notizen.

Die Firma J. B. Baillière, Paris, Rue Hautefeuille 19, versendet auf Wunsch gratis einen 2000 Werke aufführenden antiquarischen Catalog über die gesammte neurologische und psychiatrische Litteratur, der besonders reich an neueren französischen Werken ist. Die Preise sind durchgehends mässig.

Neue Bücher. LXIV. Handbuch der practischen Medicin, herausgegeben von W. Ebstein und J. Schwalbe. Verlag von Ferdinand Enke. Das eben ins Leben gerufene Unternehmen stellt sich die Aufgabe, in 5 Bänden von zusammen 250 Druckbogen den gegenwärtigen Stand der

¹⁾ Mendel: Epilepsia tarda. Deutsche medicinische Wochenschrift 1893.

inneren Medicin in einer den Bedürfnissen des practischen Arztes angepassten Form darzustellen. Die Psychiatrie wird Mendel, die Hirnkrankheiten Ziehen, die Neurosen Jolly, die Rückenmarkskrankheiten Obersteiner und Redlich, die der peripherischen Nerven Eulenburg behandeln. Soweit es der vorliegende Prospect erkennen lässt, werden die der inneren Medicin mit der Chirurgie und der Augen- und Ohrenheilkunde gemeinsamen Gebiete eingehend behandelt werden. Ob die vorwiegend den akademischen Kreisen angehörenden Mitarbeiter es immer verstehen werden, von ihrem kurulischen Sessel herabzusteigen und sich in die Bedürfuisse des Practikers hineinzudenken, wird man abwarten müssen; wir würden bei einem solchen Unternehmen dem in der verantwortlichen Praxis stehenden Specialisten eine stärkere Betheiligung zugewiesen wünschen, da seine Thätigkeit der des practischen Arztes so viel näher steht, als die nur klinische und consultative des akademischen Würdenträgers.

LXV) Lehrbuch der Pharmakotherapie. Von R. Kobert. Verlag von F. Enke, 1897; XXIII und 602 Seiten 80. — Das fesselnde und ohne jede Trockenheit geschriebene Buch theilt die Arzneimittel nach klinischen Indicationen ein und untersucht bei jedem, inwieweit man es als digestivum, diuretieum, hypnoticum etc. bezeichnen kann. Das Buch steht also in der Mitte zwischen einer speciellen Therapie und einer Pharmakologie und bringt vieles, was man in beiden Arten von Schriften vergeblich sucht. Den Begriff der Pharmakotherapie unterscheidet K. so von dem der Pharmakologie, dass diese die Einwirkung aller chemischen Agentien auf alle Lebensvorgänge untersucht, jene das chemische Verhalten und die physiologische Wirkung aller pharmakologischen Agentien, insofern sie verwendet werden können, die Gesundheit oder das relative Wohlbefinden des Menschen zu bewahren oder wiederherzustellen.

Die diätetischen und die physikalisch-mechanischen Behandlungsmethoden werden kurz characterisirt; jene im speciellen Theile unter der Bezeichnung: Nutrienzien noch ausführlich besprochen. Ueberall tritt hervor, dass K. nicht nur ein bedeutender Toxikologe und Pharmakologe ist, sondern dass er auch Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis besitzt, ferner grundliches historisches Wissen und eine anziehende Darstellungsweise. Diese besonderen Vorzüge des Autors machen die Lectüre zu einem Genuss; ein ausführliches, zuverlässiges Register erleichtert das Nachschlagen und erhöht den Werth des Buchs auch für das Augenblicksbedürfniss der Praxis. LXVI) Glantenav. Chirurgie des centres nerveux. 120, 29 Figuren, Paris, J. B. Baillière, 1897. - Der elegante kleine Band giebt in Kurze ein klares Bild der Hirn- und Rückenmarks-Chirurgie finde-siècle, unter Verzicht auf alle theoretischen Darlegungen und in elementarer Darstellung alles practisch wichtigen, besonders der Operationsmethoden und der cranio-cerebralen Topographie. Etwas stiefmütterlich sind die Kleinhirnaffectionen behandelt. Im Wesentlichen steht G. auf den Schultern Chipault's, dessen bekanntes grosses Werk sein Schriftchen dem Nicht-Chirurgen ersetzen mag.

LXVII) F. Zimmer. Der evangelische Diakonieverein. Herborn, 1897, 177 S. 80, Preis 1 Mk. — Das interessante Buch berichtet von einer seit 1094 bestehenden, wesentlich von Prof. Zimmer hervorgerufenen

Bewegung im Diakonissenwesen, deren Haupttendenz die Emancipation der Diakonissen von der inneren Mission und pietistischem Drucke und die schärfere Ausprägung der Thatsache ist, dass die Diakonissen-Verbände von jeher Arbeiterinnen Organisationen sind, welche nach gesicherter öconomischer Stellung und einer weitgehenden Unabhängigkeit von ihren Arbeitgebern streben. Soweit Aerzte als Arbeitgeber oder "Vorgesetzte" der Diakonissen auftreten, ist das der Organisation ja schon früher in bohem Maasse gelungen. Das Wesen dieses Verhältnisses war bisher durch den Anspruch der Diakonissen auf Unweltlichkeit resp. eine gewisse Heiligkeit verdeckt und dieser Anspruch hat bekanntlich die Aufbesserung der Lohnverhältnisse dieser Arbeiterinnen verhindert; denn Mädchen aus den arbeitenden Klassen fanden in dem socialen Aufsteigen, welches mit dem nonnenhaftem Costum der Schwester verbunden war, ein Aequivalent höheren Lohns: sonst bestimmt ja allein die Lohnhöhe über die sociale Stellung. Der Diakonieverein trägt nun zwar die Spuren kirchlicher Herkunft der Diakonie noch an sich, macht aber die Diakonisse unabhängig von jeder kirchlichen Organisation; et zeigt, dass die innere Mission, ohne es klar zu wollen, socialpolitisch anregend gewirkt hat. Richtig aufgefasst, erscheint der Diakonieverein als eine Gewerkschaft qualificirter Arbeiterinnen, die neben einer besseren Fachausbildung auch eine höhere moralische Qualification bei ihren Mitgliedere zu garantiren und zu bewahren strebt.

Da sich die "Hebung der Irrenpflege" im Programm der Organisation sehr bemerkbar macht, möchte ich den Anstaltsärzten eine recht aufmerksame Beachtung derselben empfehlen. Indem dieselbe durch wirthschaftliche und religiöse Emancipation der Diakonissen diese sehr viel fester hinstellt, wird sie ihre Existenz der ärztlichen Welt recht bald fühlbar machen. Gewiss wird die weltliche Tendenz der Organisation dem Diakonissenwesen etwas von dem Dufte der Heiligkeit nehmen, der jetzt sein Prestige ausmacht; dieser Verlust dürfte aber durch das ausgeprägte Standesbewusstsein und die öconomische Sicherheit, welche die Organisation den Schwestern gewährt, aufgewogen werden. Alle socialpolitischen Analogien berechtigen zu der Prognose, dass es nicht an Conflicten zwischen Arzt und "organisirter" Schwester fehlen wird, und bei der bisher bewiesenen Unfähigkeit der Aerzte, besonders der Irrenärzte, sich aus eigener Initiative in ihrem wirthschaftlichen Interesse zusammenzuschliessen, dürften solche Conflicte für den Arzt nicht immer angenehm verlaufen. Die Interessen der Krankenpflege scheinen bisher durch Organisation und Leistungen des Verbandes sehr gefördert worden zu sein.

LXVIII) Adalbert Berger: Jugendschutz und Jugendbesserung. (Material und Abhandlungen vorwiegend strafrechtlichen Characters, unter weitgehender Berücksichtigung des Auslandes und der Geschichte) I. Theil: Material. XIV und 920 S. 80. Leipzig, Selbstverlag, 1897. Preis 20 Mk. — Wer sich mit der Organisation und den Ergebnissen der Zwangserziehung und der Fürsorge für abnorme Kinder beschäftigt hat, kennt die Schwierigkeiten der Beschaftung des Materials. B. hilft diesem Mangel in vortrefflicher Weise ab, wozu ihm seine Stellung als Bibliothekar des Beichsgerichts zu Statten kam. Der erste Band bringt, nach Ländern geordnet, alle durch Gesetz oder irgendwelche behördliche Anordnung ge-

gebenen Bestimmungen, welche sich auf die Frage des Jugendschutzes und der Jugendbesserung im weitesten Sinne beziehen. Der "zweite Band wird die einzelnen Punkte des weiten Themas, je nach Bedürfniss, in historischer, dogmatischer, criminalpolitischer und rechtsvergleichender Bearbeitung erledigen." Man vermisst in dieser Aufzählung die statistische Bearbeitung des Umfanges und der Resultate der Jugendbesserung; hoffentlich bringt B. auch noch diese Dinge, was um so mehr zu wünschen ist, als die vorsündfluthlichen feudal-agrarischen Körperschaften, denen in Preussen die "Zwangserziehung" anvertraut ist, mit der Statistik gewohnheitsmässig auf sehr schlechtem Fuss stehen; wissenschaftliche Statistik setzt ja Veröffentlichung von Dingen voraus, welche die zugehörige verzopfte Bureaukratie als Amtsgeheimniss betrachtet.

LXIX) G. Ferrero: L'Europa Giovane. Mailand, Fratelli Treves 1897, 432 S. 8°, Preis 5 Lire. Das glänzend geschriebene Buch bringt Eindrücke aus einem längeren Aufenthalte des Verfassers in England, Deutschland und Russland; wir erwähnen das Buch wegen seines reichen Inhalts an völkerpsychologischen Parallelen, die darin verstreut sind; in einem Capitel: Die Erotik bei Romanen und Germanen wird die psychologische Vergleichung der nördlichen und südlichen Völker Europas direct zum Thema der Darstellung. Auch wer dem Verfasser nicht in allen Deductionen folgen kann, wird an der Feinheit der psychologischen Beobachtung des täglichen Lebens, dieser gerade für den Arzt so unentbehrlichen Gabe, — denn kein Laboratorium kaun sie ersetzen — seine Freude haben.

III. Bibliographie.

LXX) R. Massalongo: Die Little'sche Krankheit. (Le diplegie cerebrali dell'infanzia. [Malattia di Little.])
(Estratto dal Policlinico, Roma 1897.)

M. bringt klinische und nosogenetische Beiträge zur Frage von der Little'schen Krankheit. Er rechnet dazu nicht nur die rein generelle und paraplegische Form, sondern auch die doppelte reine Athetose, die doppelte Athetose mit allgemeiner oder paraplegischer Rigidität, die doppelseitige "Chorea-Athetose", die angeborene spastische Chorea etc., zum Theil Krankheitsformen, welche er schon früher beschrieben hat. Referent versteht nicht recht, wie man bei der gegenwärtig noch recht geringfügigen Kenntniss über Aetiologie und pathologische Anatomie der genannten Affectionen so verschiedene Diuge in denselben Rahmen bringen kann; dazu genügt es duch nicht, dass sie vielleicht ein oder das andere klinische Symptom gemein haben.

Little'sche Krankheit entsteht nach M. durch eine acute Meningo-Encephalitis auf toxische Infection theils intra-, theils extrauterinen Ursprungs (Diphtherie, Gastroenteritis, Influenza etc.). Geburtstraumen seien nur als Gelegenheitsursachen anzusehen (Infection), oder begünstigten die Localisation des Processes in den Meningen (Stase). Die häufige Frühgeburt bei Little'scher Krankheit sei als eine Art diplegischen Abortes aufzufassen. Die in vielen Fällen beobachtete Entartung oder retardirte Entwicklung der spinalen Pyramidenbahnen, welche von v. Gehuchten als

Digitized by GOOS

das essentielle Substrat des Leidens hingestellt wird, ist nach M. stets secundärer Natur. Jentsch.

LXXI) Penzoldt u. Stintzing: Handbuch der speciellen Therapie innercr Krankheiten. Abtheilung IX: Behandlung der Geisteskrankheiten. (V. Band. G. Fischer. Jena 1896. 25 Mark.)

Eine Darstellung der Therapie psychischer Krankheiten gehört sicherlich zur Zeit noch nicht zu den dankbaren Aufgaben; sie ist im vorliegenden Bande jedoch in ausgezeichneter und umfassender Weise gelungen. Der allgemeine Theil, der aus der Feder von Emminghaus stammt. enthält eine breite, besonders das Bedürfniss des practischen Arztes berücksichtigende Uebersicht aller vorzüglich bei acuten Psychosen in Frege kommenden Massnahmen; im speciellen Theil, der von Ziehen herrührt, werden die uns zu Gebote stehenden Mittel hinsichtlich der einzelnen Psychosen besprochen.

E. geht von einer Besprechung der Mittel zur Krankheitsverhütung durch Verbinderung der Ehe kranker oder prädisponirter Individuen aus, er weist (p. 10) auf die Schwierigkeiten hin, die durch die Pflicht des ärztlichen Geheimnisses einer wirksamen Thätigkeit des berathenden Arztes in dieser Hinsicht entgegenstehen. Daran schliesst sich eine überaus lehrreiche Auseinandersetzung über Verhalten beim Ausbruch einer Geistesstörung, in den ersten Phasen derselben, über Indicationen zur Anstaltsbehandlung, Ueberführung des Kranken in eine Anstalt, eventuelle Möglichkeit einer häuslichen Pflege und deren Indicationen. - Ist eine Geistesstörung ausgebrochen, so sind in erster Linie nachweisbar ursächliche, körperliche Krankheiten (Anämie, Syphilis, Nasen-, Ohrenleiden u. s. w.) zu bekämpfen. Am wichtigsten sind jedoch allgemeine hygienisch-diätetische Massnahmen, z. B. kräftige, abwechslungsreiche Kost bei Vermeidung alcoholischer Getränke. Die sehr empfehlenswerthe Bettbehandlung wird erst contraindicirt (p. 39), wenn sich vermehrte sexuelle Erregung, häufige Explosionen oder ein Typus inversus des Schlafens und Wachens bemerkbar machen. Sahr beachtenswerth sind die noch so wenig üblichen Turnübungen (p. 41). Eine eingehende Darstellung ist der medicamentösen Behandlung gewidmet. Unter den Sedativen: Brom, Opium, Codein wird speciell Hyoscin in kleinen Dosen von 0,0001-0,0005 subcutan gerühmt, Sulfonal mit Pausen in dosi refr. 1-2 gr pro die. Unter den Schlafmitteln steht Trional nach E. in Dosen von 0,5-2,0 gr obenan. Chloralhydrat ist mit grosser Vorsicht zu geben. Von hydrotherapeutischen Proceduren bevorzugt E. warme Vollbäder (26-290 R.) in verschiedener Dauer. Dagegen ist von der Electrotherapie bei Geistesstörungen nicht viel zu erwarten. alle Therapie bei erregten Kranken wirkungslos, so bleibt nur eine kurz dauernde Zellenisolirung. "Die ideale Hoffnung, durch Bettbehandlung diese Art Isolirung zu beseitigen, wird sich wohl nicht erfüllen", heisst es gewissermassen entschuldigend p. 63.

In diesem Zusammenhang sei noch der Behandlung der Nahrungsverweigerer gedacht. E. empfiehlt, 2-3 Tage mit der Sondenfütterung zu warten; von der Darreichung von Nährklystieren verspricht er sich keinen Erfolg (p. 72); die Anschauungen stehen in einigem Gegensatz zu den im speciellen Theil niedergelegten Ansichten Ziehen's.

Digitized by GOOGLE

"keinenfalls" vor dem 5. Tage zur Sonde zu greifen und vorher mit 2-3 Nährklystieren einen Versuch zu machen (p. 95).

Der specielle Theil, dessen Eintheilung sich an die bekannte des Ziehen'schen Lehrbuchs anlehnt, entbält im Anschluss an eine kurze Uebersicht über Symptome, Verlauf, Aetiologie und Diagnose der einzelnen Krankheitsformen eine eingehende Betrachtung aller in Frage kommenden therapeutischen Hilfsmittel. Hier nimmt neben der Empfehlung der Bäderbehandlung die Arzneibehandlung den breitesten Raum ein. Als besonders wichtig heben wir hervor, dass Z. bei mania simplex bis zu 0,003-0,006 Hyoscin per os giebt, auch Duboisin ist zu empfehlen, während Opiumtinctur nach Fürstner bis zu 200 gtt gereicht werden kann (p. 83). Bei der einfachen melancholischen Verstimmung legt Z. auf eine genaue Eintheilung der Tagesthätigkeit grossen Werth. Bei melancholia s. str. kommen die verschiedenen Opiumpräparate in Betracht, man kann bis zu einer Tagesdosis von 1,2 gr Extr. Opii gehen. Zu beachten ist, dass bei Opiumkuren eine Salzsäuremixtur gereicht werden muss. Ohne auf weitere Einzelheiten einzugehen, sei noch der Behandlung der Paralyse gedacht, bei der Z. nach einer specifischen Kur öftere und längere Remissionen gesehen hat. Kühle Bäder, von 160 bis 100 R. innerhalb 8 Tagen sinkend, sollen gunstigen Erfolg haben. In den Exaltationszuständen giebt Z. subcutan 0,01 Hyoscin als höchste Tagesdosis. Die Temperaturangabe auf p. 139 ("2, °C. p. Stunde") beruht, da die übrigen Angaben ausschliesslich in Réaumur gemacht sind, wohl auf einem Druckfehler. -

Pollitz (Brieg).

LXXII) C. Moeli: Die Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg mit Bemerkungen über Bau und Einrichtung von Anstalten für Geisteskranke. — Mit 4 Grundrissen im Text.

(Berlin 1869. 50 S.)

Die Anstalt Herzberge ist für den östlichen Theil Berlins bestimmt, wie Dalldorf für den westlichen, und zwar ausschliesslich für arme der öffentlichen Fürsorge anheimfallende Kranke, während zahlende $\mathfrak{b}^{\,0}/_0$ der Gesammtzahl nie übersteigen dürfen. Sie ist für einen Bestand von 1000 bis 1050 Kranke berechnet, welcher schon am 1. April 1894 erreicht wurde. Die Männerabtheilung umfasst 580, die Frauenabtheilung 470 Plätze. Die jährliche Aufnahmezahl übersteigt 900 Kranke.

Was die Organisation betrifft, so steht, wie es in jeder grösseren Austalt nothwendig ist, der Männer- und Frauenabtheilung je ein Oberarzt vor, während des Directors ärztliches Interesse und Wirken abgesehen von der allgemeinen Direction vorzugsweise dem Aufnahmehause gewidmet ist. Die Familienpflege, in welcher über 170 Kranke untergebracht sind, steht unter Aufsicht zweier Hilfsärzte. Der Wechsel ist recht beträchtlich.

In der Verwaltung stehen dem Director vier "vermöge ihrer technischen Vorbildung zu einer selbstständigen Bearbeitung eines bestimmten Verwaltungsgebietes fähige, aber unter die zusammenfassende Leitung des Directors gestellte Beamte" zur Seite, jedenfalls eine sehr nachahmenswerthe Institution gegenüber der Einrichtung an den meisten Anstalten, wo bei mangelhaft technisch vorgebildeten und unselbstständigen Verwaltungsbeamten der Director sich um den geringfügigsten Kleinkram kümmern muss und für denselben verantwortlich ist.

Bezüglich der Eintheilung, sowie der baulichen und technischen Einrichtung der Anstalt muss auf das Original verwiesen werden. Erwähnung verdient der sehr reichlich bemessene Luftcubus in den Schlafsälen mit 25 cbm für rüstige und geordnete, bis zu 36 cbm für bettlägerige Kranke, sowie die sehr splendide electrische Beleuchtung. Die Canalisation ist mit einem Rieselfelde von 5,5 ha verbunden. Das Badehaus enthält nebeu den Badezellen für jedes Geschlecht ein erwärmbares Schwimmbassin, 6 Brausebäder auf der Männerseite und besondere Baderäume für das Haus- und Dienstpersonal.

Verhältnissmässig ausführlich sind die einzelnen Krankenhäuser und die Verwendung ihrer auf möglichste Sonderung der verschiedenen Elemente berechneten Räume und Einrichtungen geschildert. Bettruhe und möglichste Vermeidung der Isolirungen ist daneben Hauptprincip. Eine besonders genaue Beschreibung erfahren die "Zellen". Die doppelten Thüren bei besonders unruhigen Kranken scheinen dem Referenten überflüssig, weil besonders unruhige Kranke im Allgemeinen nicht in Zellen gehören, sondern erst recht der Aufsicht bedürfen und wohl ausnahmslos auch in einem Wachsaal zu Bett gehalten werden können. Den Einzelzimmern ist soviel wie möglich der zellenartige Character genommen, die Fenster sind von gewöhnlicher Grösse und Lage. Zellen haben sich auf der Frauenseite in grösserer Anzahl als nothwendig erwiesen als auf auf der Männerseite, wo bei einem Bestande von 580 durchschnittlich täglich nur 2,4 isolirt sind.

Jede Seite besitzt ein Aufnahme-, ein Pflege-, ein Ueberwachungs- und ein offenes Haus und mehrere abseits von der Austalt gelegene kleinere Landhäuser für völlig offene Behandlung, ausserdem eine Infectionsbaracke für beide Geschlechter. Für die Landhäuser mangeln besonders auf der Frauenseite die Kranken, weshalb eines derselben schon mit körperlich schwachen Kranken besetzt ist. Das offene Haus, welches 2 Abtheilungen von je 50 Plätzen fasst, erachtet M. für zu gross, er hält mit Recht eine Trennung in Gruppen von höchstens 25 Personen selbst bei diesen ruhigen Kranken für wünschenswerth und ohne Mehraufwand von Personal für durchführbar. Durch Aufgeben der horizontalen Trennung würden in jedem Stockwerke zwei kleinere und wohnlichere Abtheilungen zu schaffen seis-

Die Aufnahmehäuser haben völlig den Character eines "Stadtasyls" im Griesinger'schen Sinne. Die Ueberwachungshäuser enthalten neben anderen gefährlichen und überwachungsbedürftigen Elementen die Verbrecher in 2 Abtheilungen von je 25 über einander. M. ist auch der Ansicht, dass die Anwesenheit dieser Elemente in einer gewöhnlichen Anstalt viele Schädigungen für dieselbe mit sich führt, unter Anderem auch für die hetreffenden Kranken selbst, die in wohlverwahrter Umgebung mehr Freiheit geniessen könnten als in einer Anstalt, wo sie wegen mangelnder Sicherheit eingeschlossen gehalten werden müssen. Aus practischen Gründen hält M. deshalb eine Abtrennung dieser Kranken in einer Sonderanstalt für angebracht, welche am besten als Filiale oder getrennte Abtheilung einer Pflegeanstalt von mehreren Provinzen oder Ortsarmenverbänden gemeinsam unterhalten werden könnte.

Eine besondere Besprechung widmet M. noch der Behandlung der für Grossstädte durch ihre Zahl so sehr ins Gewicht fallenden geisteskranken

Trinker. Das für die Mehrzahl solcher Kranken bestimmte offene Haus und ausserdem noch ein Landhaus werden in Kranken und Personal völlig abstinent gehalten. Wenn auch ein grosser Theil derselben ohne jede Beschränkung eine Anzahl von Wochen der Trunksucht nicht anheimfällt, so bereitet doch die reichliche Trinkgelegenheit in der nächsten dichtbebauten Umgebung der Anstalt trotz des Polizeiverbots, Personen in Anstaltskleidung Spirituosen zu verabreichen, viele Schwierigkeiten. Dauer der Anstaltsbehandlung ist meist auch zu kurz, um die Kranken gegen die Neigung zum Trinken zu festigen, so dass die Enthaltsamkeitsperiode nach der Entlassung höchstens nur eine gewisse Zeit dauert. Die Zahl der Rückfälle ist daher sehr gross. Es sind dies Erfahrungen, wie man sie an allen Anstalten macht. Es fehlt eben an Trinkerbeilanstalten, wo die geisteskranken Potatoren nach ihrer Genesung von der Geistesstörung noch eine geraume Zeit bleiben müssen, um von ihrer krankhaften Trinksucht geheilt zu werden. Der Versuch M.'s, die Familienpflege als Nothbehelf für solche zu benutzen, hat zwar einige, aber nur geringe Erfolge zu verzeichnen.

Mit einigen Bemerkungen über den Nutzen und die Verwendbarkeit der Familienpflege im Allgemeinen schliesst die trotz ihrer Kürze an practischen Hinweisen reiche Schrift.

LXXIII) Wilhelm Falkenberg: Die Pflege Geisteskranker. Anleitung zum Krankendienst für Pfleger und Pflegerinnen.

(Berlin 1897. Otto Enslin. Pr. 1 Mk.)

Das vorliegende Buch verdankt seine Entstehung einer Anregung Moeli's; es bezweckt nach den vom Verfasser im Vorwort niedergelegten Grundsätzen, "dem gesammten Personal ein Verstäudniss für die Eigenart der ihm anvertrauten Kranken so beizubringen, dass es die einfachsten Grundsätze der Gesundheits- und Krankenpflege beherrscht..."

Alles, was in dieser Hinsicht unbedingt nothwendig ist, wird in 95 überaus klaren, leicht verständlichen Paragraphen dargestellt, denen als Anhang die Dienstanweisung beigefügt ist. Dem Personal wird die F.'sche Anleitung vielleicht mehr als manche andere im Anschluss an ärztliche Vorträge willkommen sein, weil sie in der ganzen Darstellung das Bildungsniveau und Verständniss desselben sorgfältig berücksichtigt. — Bei der Disposition des Stoffes hätten die §§ 71—75 wohl besser in der "allgemeinen Gesundheitslehre" untergebracht werden können.

Pollitz (Brieg).

LXXIV) R. Schröter (Eicherg): Belehrungen für das Wartpersonal an Irrenanstalten.

(Wiesbaden, J. Bergmann. 1897. Pr. 1 Mk.)

Wenn die Production an Wärterleitfäden und dergleichen im bisherigen Maasse fortschreitet, so dürften sich die deutschen Irrenärzte höchstens über einen embarras de richesse zu beklagen haben. — Im Gegensatz zu den Falkenberg'schen scheinen die "Belehrungen" Sch.'s eher hestimmt, eine Unterlage für den Curse-abhaltenden Arzt zu bilden, vorausgesetzt, dass dieser sich die weitgehenden Principien im Wärterunterricht

des Verfassers zu eigen macht. Der Verfasser verlangt (p. 13), "dass das Wartepersonal sich bestrebe, in der Beobachtung der Krankheitserscheinungen von Geisteskranken allmählich solche Uebung zu bekommen, dass es jederzeit in der Lage ist, dem Arzte... alles Nothwendige und Wissenswerthe zu berichten". Ferner (p. 21) heisst es in Bezug auf die Verhütung der Tuberculose: "Vor Allem soll sich aber das Wartpersonal üben in der Erkennung von beginnender körperlicher Erkrankung" (!). Während aber hier offenbar von der Intelligenz des Wärters uicht wenig verlangt wird, enthält Abschnitt 2 zum Theil die einfachsten Regeln und Vorschriften des häuslichen Dienstes (cfr. p. 10 und 11 z. B. über die Behandlung der Petroleumlampen). — Erwähnt sei noch, dass unter den Desinfectionsmitteln neben den gebräuchlichen auch irrthümlich 30/0ige Borsäurelösung genannt wird, deren Verwendung im Grossen kaum in Frage kommen kann (p. 44). — Die Lectüre der Seiten 13—33 wird in Folge falscher Heftung resp. Druckes der auf einander folgenden Seiten recht erschwert.

Pollitz (Brieg).

LXXV) André Thomas (Paris): Le cervelet; étude anatomique, clinique et physiologique. Travail du Laboratoire du Dr. Déjérine. Paris, G. Steinheil 1897. (Selbstanzeige, mit einer Tafel.)

L'auteur a cherché à éclairer le mécanisme de la fonction du cervelet, en s'appuyant d'une part sur des données anatomiques, d'autre part sur les données de la physiologie expérimentale et de la clinique.

D'après les résultats de ses recherches sur les dégénérescences conscentives aux lésions cérébelleuses chez l'homme et l'animal, et sur les dégénérescences poursuivies depuis les autres centres nerveux jusqu'au cervelet, l'auteur distingue dans la constitution anatomique du cervelet deux organes: l'écorce cérébelleuse et les noyaux gris centraux. (L'auteur a employé la méthode de Pal et la méthode de Marchi.)

L'écorce du cervelet peut être à son tour divisée en deux territoires anatomiques représentés l'an par le vermis, l'autre par les hémisphères.

L'écorce du vermis reçoit des fibres venant de la moelle épinière soit par le faisceau de Gowers, soit par le faisceau cérébelleux direct, soit par les cordons postérieurs et leurs noyaux. Ces rapports sont surtout croisés.

L'écorce des hémisphères reçoit des fibres venant de la substance grise du pont et principalement du côté opposé: comme la substance grise du pont reçoit des fibres qui viennent de l'écorce cérébrale du même côté par le pédoucule cérébral, il s'en suit que l'écorce des hémisphères cérébelleux est surtout en rapport indirect avec l'écorce cérébrale du côté opposé.

L'écorce du cervelet reçoit aussi des fibres qui viennent de l'olive inférieure ou bulbaire et suivent le corp. restiforme, et des fibres qui viennent de la substance grise de la calotte et suivent le pédoncule cérèbelleux moyen.

Il existe entre les noyaux centraux et l'écorce cérébelleux un double système de fibres de projection, les unes ayant leur origine dans l'écorce

Schema der Verbindungswege des Kleinhims,

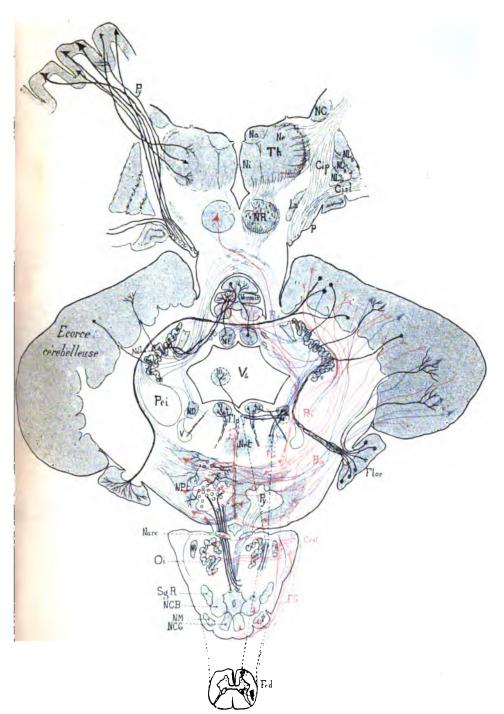
entnommen dem II. (noch nicht erschienenen) Bande von Dejerine's

Anatomie des centres nerveux.

Schwarze Linien: Projections-Fasern.
Rothe Zuführende Fasern.
Blane Efferirende Fasern.

- Cip. Hinterer Abschnitt der inneren Kapsel. Cisl. Retrolenticalier Abschnitt der inneren Kapsel. Crst. Corpus restiforme.
- Fcd. Directes Kleinhirnbundel. fcd. Absteigendes Kleinhirnbundel. FG. Gowers'sches Bundel. Floc. Flocculus. Flp. Hinters Längsbundel.
- Ln. Locus niger.
- Na, Ne, Ni. Vorderer, äusserer, innerer Thalamuskern. Narc. N. arc. formis. NC. Nucleus caudatus. NCB. Kern des Burdach'schen Strangs. NCG. Kern des Goll'schen Strangs. ND. Deiters'schen Kern. Ndl. Nucleus dentatus. Nl. Seitenstrangkern. NL. Nucleus NL., NL., Clieder des Linsenkerns. NM. Monakow'scher Kern. NPt. Brückenkerne. NR. Nucleus ruber. Nrt. Nucleus reticularis tegmenti pontis. Nt. Nucleus tecti.
- Oi. Untere Olive.
- P. Pedonculus. Py. Pyramide. Pci. Pedunc. cerebelli inferior. —
 Pcm. Ped. cerebelli med. Pcs. Ped. cerebelli superior.
- Sg R. Substantia gelatinosa Rolando.
- Th. Sehhügel.
- V4. Vierter Ventrikel.
- III. Nucl. n. oculomotorii communis. V. Absteigende Trigeminuswarzk. — VI. Abducens. Kern.

Zu Referat LXXV (Thomas).



et se terminant dans les noyaux, les autres prenant leur origine dans les noyaux pour se terminer dans l'écorce.

L'action de l'écorce cérébelleuse se concentre ainsi sur le noyau du toit et sur le noyau dentelé: l'écorce cérébelleux fournit quelques fibres du corps restiforme qui se terminent surtout dans le noyau du cordon latèral et dans le noyau externe du faisceau de Burdach: elle envoie aussi quelques fibres à la substance grise du pont.

Les fibres qui prennent leur origine dans les noyaux gris centraux (noyau du toit, noyau dentelé) et se terminent dans d'autres centres sont les véritables voies efférentes du cervelet: ce sont

- 1. le faisceau cérébelleux descendant qui prend son origine dans le noyau dentelé et se termine autour des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle jusque dans la région lombaire;
- 2. les faisceaux cérébelle-vestibulaires et le système cérébelle-vestibulaire qui vont du noyau dentelé et du noyau du toit aux noyaux de Deiters et de Bechtere w des deux côtés.
- 3. Le pédoncule cérébelleux supérieur qui après entrecroisement se termine en partie dans le noyau rouge, mais surtout dans le thalamus.

L'auteur insiste particulièrement sur cette disposition anatomique très-spéciale des noyaux de Deiters et de Bechtere w, recevant d'une part les fibres du vestibulaire, et d'autre part les fibres cérébelleuses; ces noyaux représentent en realité un centre pouvant entrer en jeu sur deux espèces d'excitations; 1. excitations d'origine vestibulaire, 2. excitations d'origine cérébelleuse. Ces deux noyaux réunis que l'un peut désigner simplement sous le nom de noyau de Deiters envoient des fibres à la moelle du même côté, au noyau de la 6. paire du même côté et au noyau de la 5. paire du côté opposé; lorsqu'un seul noyau de Deiters entre en action, il doit déterminer une déviation conjuguée des yeux telle qu'il y a strabisme externe de l'oeil du même côté et strabisme interne de l'oeil du côté opposé plus un mouvement de torsion ou de rotation du tronc en rapport avec la déviation ogulaire.

Cette force est bilatérale et les deux noyaux de Deiters se font équilibre, mais si l'un des deux vient à manquer brusquement, l'autre continuant à agir détermine forcément une déviation des yeux de la côté avec mouvement de torsion produit par les muscles du même côté; le même phénoméne doit avoir lieu, si l'une des deux forces qui agissent normalement sur le noyau de Deiters vient à manquer brusquement (vestibulaire ou noyau dentelé): c'est en effet ce qui a lieu après une destruction d'une moitié du cervelet: chute du côté de la lésion, avec torsion de la tête et des yeux qui regardent du côté sain Schiff et d'autres auteurs ont signalé aussi ces mouvements de rotation après la section de la 8. paire.

Dans le mouvement volontaire l'écorce cérébrale ne provoque pas seulement les contractures musculaires nécessaires: l'accomplissement du mouvement. Par l'intremédiaire du pédoncule cérébral, de la substance grise du pont et du pédoncule cérébelleux moyen, elle détermine une modification de tonicité dans certains groupes musculaires qui est en rapport avec la forme et l'étendue du mouvement et assure le maintien de l'équilibre pendant son exécution: l'écorce cérébelleuse, le noyau dentelé et le noyau du

Digitized by GOOGIG

toit, le système cérébello-vestibulaire et le faisceau cérébelleux descendant sont les voies suivies par le courant nerveux pour cette modification de tonicité

D'écorce cérébelleuse entre encore en jeu sous l'influence d'une excitation périphérique qui l'avertit que les conditions d'équilibre sont modifiées: dans ce cas c'est l'écorce du vermis qui réagit: son action se concentre sur le noyau du toit et sur le noyau deutelé, par leur entremédiaire sur le noyau de Deit'ers et sur la moelle; finalement cette action se traduit par une augmentation de touicité dans certains groupes musculaires, distribuée de telle forme que l'équilibre est rétabli.

Des rapports anatomiques du cervelet, il résulte qu'il doit y avoir une analogie très-grande dans le mode d'action du verf vestibulaire et du cervelet: les troubles consécutifs à la destruction du labyrinthe, décrits par E wald présentent plus d'un rapport avec ceux qui sont signalés après la destruction du cervelet: les canaux semicirculaires peuvent être considérés comme un appareil destiné à assurer le maintien de l'équilibre dans les mouvements actifs (volontaires, automatiques ou réflexes).

Les expériences personelles de l'auteur sur le chien et le chat confirment pleinement les résultats obtenus par Luciani; si Luciani a le premier demonstré d'une façon nette et précise l'action du cervelet sur le tonus musculaire, il n'a pas admis que cette action soit spécialement affectée au meintien de l'équilibre: l'auteur se range an contraire à l'opinion de Flourens et de Bouillard: il admet que chaque hémisphère cérébelleuse est bien une source d'énergie pour le côté correspondant du corps; mais cette énergie a un emploi spécial, elle est affectée au maintien de l'équilibre dans toutes les attitudes et dans tous les mouvements du corps; le cervelet n'est pourtant pas un organe indispensable à l'équilibre, puisqu'il peut être suppléé par d'autres centres: c'est un organe de perfectionnement, dont le rôle est de rétablir l'équilibre ou de le maintenir suivant que le corps est en mouvement on qu'il est au repos.

L'auteur rapporte, à l'appui de sa thèse, deux observations personnelles d'atrophie cérébelleuse, et un grand nombre d'observations emprantées à différents auteurs. Après une courte digression sur l'anatomie comparée et sur l'embryologie, il se conclut la façon suivante.

Le cervelet doit être considéré comme un organe se développant comme les voies de la sensibilité avec lesquelles il entre en effet en rapport chez l'adulte par plus d'un faisceau; il enrégistre des excitations périphériques et des impressions centrales et réagit aux unes et aux autres; il n'est pas le siège d'un sens particulier, mais le siège d'une réaction particulière mise en jeu par diverses excitations: cette réaction s'applique au maintien de l'équilibre dans les diverses formes d'attitudes on de mouvements, réflexes, automatiques, volontaires: c'est un centre réflexe de l'équilibration.

A. Thomas (Paris).

LXX) S. Ramon y Cajal: Beitrag zum Studium der Medulla oblongata. (Leipzig 1896.)

Der erste "Golgi-Forscher" unserer Zeit hat abermals ein Bändchen Arbeiten veröffentlicht; diesmal die schwierige Anatomie der Medulla oblongata, speciell die Verbindungsverhältnisse der Hirunervenkerne betreffend.

Wenngleich die Resultate meist nur an Thierföten (Kaninchen, Maus u. a.) gewonnen wurden und werden konnten, so ist deren anatomische Verwandtschaft mit den menschlichen Verhältnissen des betreffenden Gebietes doch eine solche, dass die Ergebnisse ein weitergehendes Interesse verdienen. Eine Besprechung kann aus dem zahlreichen Detail natürlich nur die Hauptneuigkeiten aussuchen und den Theilen des Buches folgend aufzählen, wie auch das Buch selbst fast rein descriptiv gehalten ist.

- I. Ursprünge des Trigeminus. Die aus Zellen des Gangl. Gasseri entspringende sensible Wurzel des n. trigeminus theilt sich nach Eintritt in die Brücke (wie die sensiblen Rückenmarkswurzeln) in einen ab- und aufsteigenden Ast, deren ersterer in der Subst. gelat. endet, deren letzterer ebenfalls mit den Zellen der Subst. gelat. in Verbindung tritt, dann lange Collateralen zu den Kernen des facialis und hypoglossus sendet und schliesslich im nucl. masticatorius endet. Die Zellen der Subst. gelat. senden, wie diejenigen des sensiblen Trigeminuskernes ihre Axencylinder zur Raphe und von da, theils gekreuzt, theils ungekreuzt, durch die innere Schleife zum Grosshirn; hierbei theilen sie sich in einen auf- und absteigenden Ast. Der motorische Kern besteht aus dem medial vom sensorischen gelegenen Hauptkern und dem "Subst. ferrnginca" genannten accessorischen; dessen Zellen senden ihre Neuritiden zum Hauptkern, wo sie Collateralen abgeben, um dann mit der motorischen Wurzel weiterzuziehen. Kreuzung oder Bifurcation motorischer Wurzelfasern sah C. nicht.
- II. Ueber ein dem Bindearm entstammendes bulbäres Bündel. Gemeint ist ein von der Bahn vom c. dentat. cerebelli zum rothen Kern (deren Ursprung C. direct sehen konnte) sich collateral abzweigendes, medial von der sensiblen Trigeminuswurzel "absteigendes Kleinhirnbündel", welches Collateralen zur sensiblen Quintuswurzel, zum Facialiskern und zu den Zellen der Substantia reticularis abgiebt. Zwei neue, hier nicht zu beschreibende Details zum Bau der Kleinbirnrinde werden dem Abschnitt beigefügt.
- IV. Vorderer Vierhügel. Hier konnte C. die Endigungen der zwischen der cappa cinerea und den queren Fasern als stratum superficiale albo-cinereum (Tartuferi) verlaufenden Opticusfasern beobachten in ungemein reichen Verästelungen zwischen den Zellen der cappa cinerea. Ausserdem sah C. noch Collateralen nach abwärts ins tiefe Grau des vorderen Vierhügels, die dann zur Vermittelung optisch-musculärer Reflexe geeignet erscheinen.
- V. Im Ganglion interpedunculare werden 3 Arten verschieden gebauter Zellen beschrieben, deren grösste ihre Axencylinder auf wärts senden, um die "Haubenbahn des Ganglion interpedunculare" (Ganser) zu bilden.

VI. Die schwierigen Beziehungen der Olive konnte C. trotz sorgfältigster Imprägnationen nicht völlig ergründen. Als sicher sah er Collateralen der Pyramidenbahn, des Seitenstrangrestes und der inneren Schleife zu den Zellen der Olive. Die sehr feinen Axencylinder dieser Zeilen ziehen nach aussen zu den fibr. arcif. ext. oder durch die gegenseitige Olive zum unteren Kleinhirnstiel. Sonach würde auf jeder Seite eine directe und eine indirecte Oliven-Kleinhirnbahn entspringen.

VII. Ursprünge des Vagus und Glossopharyngeus. Die gemeinsame aus dem Ganglion petrosum und jugulare entspringende sensible Wurzel genannter Nerven endet, ohne eine Bifurcation gebildet zu haben, mittels Collateralen in den bekannten sensiblen Kernen, mittels kreuzender Endverzweigung in einer von C. "Commissurenkern" genannten, über dem Hypoglossus gelegenen grauen Masse, zu der sich die fasc. solit vereinigen. Die motorische Wurzel stammt grösstentheils aus dem Nucl. ambignus, kleinerentheils aus Zellen, die bis an den Hypoglossuskern zerstreut sind; ihre Fasern ziehen zu einem kleinen Theile zur gegenseitigen Wurzel. Ueberraschend und nicht sicher zu deuten waren einige Fasern, die sich in der Mitte zwischen Kern und Brückenwand von der motorischen Wurzel loslösten und im Bogen nach rückwärts zur sensiblen Trigeminuswurzel zogen.

VIII. Kern des Goll'schen und Burdach'schen Stranges. Meist bekanntes. Zwischen den Zellen der Kerne enden die Fasern der genannten Stränge mittels sehr zahlreicher Collateralen und zum Theil sich kreuzenden Endverzweigungen. Die centralen sensiblen Fasern theilen sich nach der Schleifenkreuzung (wie die spinalen) in einen auf- und absteigenden Ast.

IX. Das hintere Längsbündel hält C., hauptsächlich nach Befunden an Mäuseföten, für eine aufsteigende sensible Bahn zweiter Ordnung, wenngleich er auch einige Fasern aus Zellen des rothen Kernes herabziehen sah. Gebildet wird das hintere Längsbündel aus Axencylindern des Deiters'schen Kernes, der Subst. gelat. trig. und von Zellen der Subst. retic.; alle theilen sich in der Gegend des hinteren Längsbündels in einen auf- und absteigenden Ast. Das Bündel giebt während seines Verlaufs unter den motorischen Augenkernen zablreiche Collateralen ab und schickt schliesslich noch einige Endfasern bis zum thal. opt. hin.

Betreffs der Deutung der Subst. reticularis schliesst sich C. an Kölliker an, der ihre Zellen als sensible Neurone 3. Ordnung auffasst; denn C. fand zwischen ihnen niemals Verzweigungen directer sensibler Bahnen, sondern nur Collateralen von Zellen der Subst. gelat. oder der sensiblen Vaguskerne.

X. Ursprung des N. vestibularis. Nach seinem Eintritt in die Brücke bildet der N. vestibularis einen auf- und absteigenden Ast, ersterer verbreitet sich über den oberen Theil des Deiters'schen, den ganzen Bechterew'schen, den Dachkern, selbst bis zum corp. dentatund zur Kleinhirnrinde, letzterer (der stärker faserige) über den absteigenden (Haupt-) Kern und den grösseren Theil des Deiters'schen Kernes. Die Axencylinder genannter Kerne bilden gekreuzte und ungekreuzte Bahnes, diejenigen des Deiters'schen Kernes bilden nach ihrer Kreuzung des

Digitized by GOOGLE

Hauptbestandtheil des hinteren Längsbündels. Die Zellen des dorsalen (Haupt-) Kernes zeigen einen ähnlichen pericellulären (sie epheuartig umspinnenden) Plexus wie die Purkinje'schen Zellen.

XI. N. coch learis und acustische Kerne. Auch er bifurcirt sich, wie bekannt, aufsteigend zum Ventralganglion, absteigend hauptsächlich zum tub. acust.; die Neuriten des ersteren bilden das corp. trapezoides, die des letzteren hauptsächlich die striæ acust.

Von Held beschriebene Endfaserkörbe und "Endkelche" im Ventral-

ganglion und im Kern des corp. trapez. wurden auch von C. gesehen.

XII. Untersuchungen über die Structur des thalamus optious fügten dem durch Ganser's, Forel's u. A. Arbeiten bekannt gewordenen wenig Neues hinzu.

XIII. Ueber Kern und Gegend der Haube. Im rothen Kern verzweigen sich ausser dem Bindearm noch Collateralen des Guddenschen und des absteigenden Haubenbündels, die in ihm einen ausserordentlich reichen intercellulären plexus bilden. Die Axencylinder seiner Zellen konnte C. nicht verfolgen.

XIV. Pedunculus cerebelli inferior. Die Mehrzahl seiner Fasern kreuzt durch die weisse Substanz des Wurmes nach der anderen Seite, um in der Rinde des lob. med. und lat. zu enden. Nur ein kleiner Theil endet (mit Moosfasern) in der Körnerschicht derselben Seite; C. vermuthet, dass diese Fasern aus der Olive stammen. Betheiligung der Purkinje'schen Zellen an der Bildung des ped. cer. inf. liess sich nicht nachweisen. Dagegen kann C. versichern, dass fast alle Fasern, welche sich im corp. dentatum vertheilen, aus den Purkinje'schen Zellen derselben Seite hervorgehen. Der ped. cer. inf. schien weder mit dem corp. dentatum noch mit dem Dachkern in directer Verbindung zu stehen. Das Bündel für die Olive zweigt sich unterhalb des tuberc. acusticus nach vorn ab.

XV. In dem Kern des Hypoglossus sah C. zahlreiche sensible Collateralen 2. Ordnung aus dem sensiblen Quintus und den Kernen des vagus-glossopharyngeus eintreten

XVI. Facialis-Kern: Hier konnte C (entgegen Kölliker) nur die Verbindung mit Collateralen des Seitenstrangrestes erkennen, solche mit der sensiblen Trigeminuswurzel mit dem corp. trapez. oder der oberen Olive dagegen nicht.

XVIII. Glandula pinealis. Ihre Nerven sind sympathischer Natur, gelangen neben den Gefässen in die Drüse und legen sich mit kleinen Endknöpfeben an ihre Zellen an, ohne je in oder zwischen die Zellen einzudringen.

Dies die hauptsächlichsten der von C. neugefundenen oder neu bestätigten Thatsachen, aus denen der Werth vorliegender Forschungen für die Hirnanatomie wenigstens zum Theil erhellt; bezüglich der übrigen, theils rein decriptiven, theils kritischen Details muss die Lectüre des Buches jedem speciell Interessirten dringend empfohlen werden.

E. Trömner.

LXXI) H. Obersteiner: Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. (Dritte Auflage.)

(Wien 1896.)

Wenn O.'s Lehrbuch in 9 Jahran seines Daseins die 3. Auflage erlebt, so ist dies ein Beweis für seine Beliebtheit und macht allgemeine Lobsprüche überflüssig.

Dass es von Edinger's Lehrbuch in der Zahl der Auflagen überholt wurde, spricht nicht zu seiner Ungunst, da letzteres Buch compendiöser, billiger, mundgerechter geschrieben und für einen weit grösseren, daher auch weniger detailbedürftigen Leserkreis berechnet ist. E.'s Buch ist mehr zum Lesen, O.'s mehr zum Nachlesen bestimmt. Demgemäss sind in vorliegender Auflage auch alle Forschungsergebnisse der letzten Jahre sorgfältig nachgetragen, sind Irrthümer corrigirt, Abfälle ausgemerzt worden.

Der I. Abschnitt (Untersuchungsmethoden) hat ebenso durch Einfügung neuer (Nissl, Weigert u. A.) als durch Streichung obsoleter (z. B. der Gold.) Methoden gewonnen. Nur müssten die Cardinalmethoden mehr betont werden gegenüber den zahl- und werthlosen "Modificationen", die immerfort aufschiessen und die dem Unerfahrenen nichts als Qual bei der Wahl einer zuverlässigen Methode bereiten.

Der II. Abschnitt (Morphologie des Centralnervensystems) hat bezüglich der physiologischen Deutung der einzelnen Rindenfelder Erweiterung und Verbesserung erfahren. Dagegen wäre dem z. B. in Sachs' Lehrbuch so klar und übersichtlich behandelten Capitel über die Entwickelung des Gehirns eine Erweiterung zu wünschen, weil die Entwickelungs. geschichte gerade des Gehirns das Verständniss der definitiven Bildungen ungemein fördert.

Der III. Abschnitt (histologische Elemente) wurde entsprechend der Neuronenlehre und vor Allem Weigert's Arbeiten über die Neuroglia umgestaltet.

Noch mehr unter dem Zeichen der Forschung nach Golgi's Methode steht der IV. Abschnitt über den feineren Bau des Rückenmarkes. Die dichotomische Theilung jeder hinteren Wurzelfaser nach ihrem Eintritt ins Rückenmark ist wohl die bedeutendste der hier neu mitgetheilten Thatsachen. Die wichtigsten der neu beschriebenen Bahnen sind die abwärts degenerirenden Hinterstrangbezirke, Schulze's "Comma" und Flechsig's "medianes Hinterstrangfeld". Das Capitel Rückenmarkserkrankungen ist von allen pathologischen das beste und bestvermehrte, besonders was die Pathogenese der Tabes betrifft.

Der V. Abschnitt, die Topographie des Gehirns, der übrigens viel zweckmässiger mit dem VI. (Faserzüge und Bahnen") verschmolzen würde, erstens um Wiederholungen und zweitens um die sehr störenden Verweisungen auf die fast nur im V. Abschnitt befindlichen Figuren zu vermeiden, hat seine frühere Gestalt behalten.

Dagegen bringt der VI. Abschnitt sine Menge neuer Auschauungen über die feinere Anatomie der inneren Kapsel, die Endstätten der Schleife und Anderes.

Im Capitel "Hirnnerven" enthält die Darstellung der acustischen Leitung einen grossen Fortschritt zur Klarheit; die feinere Anatomie des Kleinbirns ist fast ganz nach R. y Cajal's schönen Arbeiten erweitert und im Grosshirn endlich sind die Verbindungen des Thalamus vollständiger dargestellt.

Die Figuren sind von 184 auf 205 vermehrt worden.

Aus diesem kurzen Bericht wird erhellen, wie O.'s Buch an Licht und Sicherheit gewonnen hat und in seiner Fähigkeit, ein Führer zu sein durch eine der schwierigsten medicinischen Disciplinen.

Wenn es sich in seiner neuen Gestalt auch neue Freunde erwerben wird, so werden auch die alten es mit Freude begrüssen, dass sie die früere Auflage bei Seite legen und sich mit der fortgeschrittenn versehen können.

E. Trömner.

LXXII) Herman Pfister: Das Hirngewicht im Kindesalter. (Sep.-Abdruck aus: Arch. f. Kinderheilk. XXIII.)

Statistische Arbeit, welche in mehreren Tabellen die Gewichte von 156 kindlichen Gehirnen und die einzelner Theile zusammenstellt. Daraus ergiebt sich: Das Knabengehirn wiegt in den ersten beiden Lebenswochen etwa 462 Gramm (395-558), das Gewicht steigt dann rasch, beträgt schon nach 6 Monaten etwa 734 Gramm, steigt im zweiten Lebensjahre häufig schon weit über 1000 Gramm, erreicht im 12. Jahre bisweilen 1300 Gramm. Das Mädchengehirn ist relativ leichter; es wiegt in der 2. Lebenswoche eirea 350 Gramm (345-362), erreicht nach 6 Monaten ein Durchschnittsgewicht von 664 Gramm, übersteigt im 2. Jahre 1000 Gramm nicht. Im 9.—12. Lebensjahr beträgt das Gewicht durchschnittlich 1265 Gramm.

Von besonderem Interesse ist die Feststellung der grossen Gewichtsdifferenzen zwischen anämischen und hyperämischen Gehirnen gleich alter Kinder: in Tabelle A ist z. B. das Gewicht eines 6 Wochen alten Knabengebirns, das als anämisch vermerkt ist, mit $350^{1}|_{2}$ Gramm, das eines gleich alten hyperämischen männlichen Gehirns mit 505 Gramm verzeichnet; letzteres ist also um mehr als 150 Gramm schwerer. Noch erheblicher ist der Unterschied bei 2 Mädchengehirnen im 7. Monat, von denen das hyperämische (718) um $243^{1}/_{2}$ Gramm mehr wiegt als das anämische (474,5). Besonders auffallend ist übrigens der Befund von Nr. 137 und 138: von 2 als anämisch bezeichneten 16 Monate alten Mädchengehirnen wiegt das eine 614, das andere 942 Gramm (Differenz 328 Gramm), also das $1^{1}|_{2}$ -fache des ersteren. Hier kann der verschiedene Blutgebalt wohl nicht die ausreichende Ursache des Unterschieds der Gewichte sein.

Die beiden Gehirnhemisphären sind selten (nur in etwa $5^{0}/_{0}$) gleich schwer; die linke ist häufiger schwerer als die rechte $53,2:41,6^{0}/_{0}$). Die Gewichtsdifferenz bleibt meist unter 5 Gramm, geht nur 4 mal, und zwar bei rhachitischen Kindern, über 10 Gramm hinaus.

Das männliche Kleinbirn ist durchschnittlich schwerer als das weibliche (im ersten Lebensmonat 27: 23,7 Gramm). Das Kleinbirn wächst in den ersten Lebensjahren relativ rascher als das Grosshirn; während sein Gewicht im ersten Lebensmonat 5,97 bezw. $6,220_0$ des Gesammt-

gehirngewichts beträgt, steigt dieses Verhältniss im 4. Lebensjahr zu Gunsten des Kleinhirns auf 11,13 bezw. 12,52 °,0 des Gesammtgewichts des Gehirns, um später wieder etwas geringere Werthe zu erreichen.

Gaupp (Breslau).

IV. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

364) J. v. Scarpaletti (Feldhof): Ueber die Anwendung electiver Färbemethoden am in Formol gehärteten Centralnervensystem.

(Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 5.)

Die Schnitte vom Rückenmark und Gehirn, die 3 Tage bis mehrere Monate in 5-10° [o] Formol gelegen und in 95° [o] Alcohol nachgehärtet sind, kommen direct aus dem Alcohol in 1° [o] Hämatoxylin, nach 5 Minuten in concentrirte neutrale Kupferacetatlösung und werden nach weiteren 5 Minuten nach kurzem Abspülen in einer Mischung von Natr. bor. 2, Ferridcyankali 2,5 Aq. destill. 100 differenzirt, abgespült, in concentrirte Lösung von Litt. carbon. eingelegt, abgespült und eingebettet.

Dadurch wird die Kernfärbung und die Axencylinderfärbung in raschester Weise combinirt, Degenerationsherde werden besonders schaff markirt.

Hoppe.

365) Ramon y Cajal: Ueber die Beziehungen der Nervenzellen zu des Neurogliazellen anlässlich des Auffindens einer besonderen Zellform des Kleinhirus.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1897.)

Verfasser fand beim Kapinchen in der Molecularschicht der Kleinbirnrinde mittelst Nissl'scher Methode aussser den bekannten kleinen stemförmigen Zellen grössere dreieckige oder spindelförmige, vertical stehende, mit gut sichtbaren Chromatinspindeln. Sie liegen ziemlich weit auseinander im mittleren Drittel der Schicht, zeigen, nach Golgi imprägnirt, auf und absteigende Protoplasma-Ausläufer und einen unverzweigt bis zur Zone der Purk inje'schen Zellen absteigenden Axencylinder, der sich in der Körnerschicht zertheilt. - R. betrachtet sie als verlagerte Golgizellen, d. h. grosse Zellen der Körnerschicht, deren Körper in die Molecularschicht ausgewandert Um den unteren Theil nun dieser Zellen und das Anfangsstück ihres Axencylinders liegen constant eigenthümliche "Trabantenhaufen" von Zellkernen, bis zu 12 und mehr, die R als Neurogliazellen anspricht. Dieselbe Lagerurg findet er auch um Strang- oder Commissurenzellen des Rückenmarks, nicht um die motorischen oder Rolando'schen Zellen; ebenso auch an der Basis von Pyramidenzellen des Grossbirns. Findet man diese Zellen dunkel oder im Zustande der Retraction, so entfernen sich die begleitenden Neurogliakerne vom Zellleibe.

R. nimmt mit Wahrscheinlichkeit eine Isolationswirkung dieser Neurogliazellen an auf die marklosen Anfangsstücke der Axencylinder und eine

Schutzwirkung für den von Endbäumchen freien Theil des Zellleibes vor Contact mit Nervenfasern. —

Loewenthal (Braunschweig).

366) E. Donetti: Etude sur le trajet des fibres exogènes de la moelle épinière.

(Revue neurol, Nr. 7, 1897.)

Der Verfasser gelangte durch Versuche an Kaninchen und Hunden, welchen er eine oder mehrere spinale Wurzeln durchschnitt, zu folgenden Ergebvissen:

"1. Durch Durchschneidung der hinteren Wurzeln erhält man eine auf-

und absteigende Degeneration.

- 2. Der aufsteigende degenerirte Strang bildet ein umfänglicheres Bündel, welches die Lissauer'sche Zone und die postero-interne Wurzelzone einnimmt; in letzterer nimmt die Degeneration, je höher man kommt, um so mehr ab.
- 3. Degeneration besteht weder in der vorderen Wurzelzone des Hinterstrangs noch auf der gegenüber liegenden Seite, noch an anderen Stellen des Rückenmarks.
- 4. Der absteigende Strang bildet ein dünnes Bündel, das zum grossen Theil in der Lissauer'schen Zone liegt und etwas auf die posterointerne Wurzelzone übergreift.
- 5. Absteigende Degeneration wird ebenfalls weder auf der gegenüberliegenden Seite, noch an anderen Stellen des Markes beobachtet.
- 6. Die übrigen Läsionen rühren fast sicher von operativen Nebenverletzungen her."

 L. Löwenfeld.

367) F. Siebenmann (Basel): Ueber die centrale Hörbahn und über ihre Schädigung durch Geschwülste des Mittelhirus speciell der Vierhügelgegend und der Haube.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 29. Bd., S. 27.)

An sämmtlichen Partien des Gehirns können Tumoren Gehörstörungen verursachen. Am häufigsten und besten beobachtet sind dieselben bei Affectionen der Kleinhirnhemisphären und der Brücke (Hinterhirn). Hierbei ist meist der Stamm des Hörnerven geschädigt und die Gehörstörung liegt auf der dem Tumor entsprechenden Seite. Die Ertaubung bei Tumoren des Mittelhirns und des Zwischenhirns war bis vor Kurzem noch wenig berücksichtigt worden. Doch gilt es seit den Arbeiten Weinland's als unzweifelhaft, dass speciell die Vierhügeltumoren Hörstörungen verursachen, nur scheint nach den Untersuchungen des Verfassers daneben noch eine Läsion von ventraler gelegenen Partien jener Gegend, vor Allem der seitlichen Haubenregion incl. der hinteren Vierhügelarme nothwendig zu sein. Zum Verständniss dieser Thatsache bespricht Verfasser zunächst den heutigen Stand unserer Kenntnisse über den Verlauf der centralen Hörbahn: Während der centrale Verlauf des N. vestibularis noch heute relativ unaufgeklärt ist, verhält sich das mit dem N. cochlearis wesenlich günstiger.

Die primären centralen Stationen des N. cochlearis liegen beiderseits in dem caudalen Abschnitt der Brückenregion. Sie werden durch Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. September-Heft 1897.

zwei, örtlich nicht scharf begrenzte Ganglienhausen gebildet, einem dorsalen — das Tuberc. acusticum — und einem ventralen — den vorderen oder accessorischen Acusticuskern. Von diesen primären Hörcentren aus verläust die Hörbahn unter Kreuzung ihrer meisten Fasern in der Haube auswärts gegen die seitliche ventrale Partie der Vierhügelgegen dund von dort durch die Vierhügelarme und durch das Corp. genicul. in tern. unter dem hintersten Abschnitt des Sehhügels nach der Capsula interna und schliesslich zur Rinde des Schläsen lappens. Doch ist dieser Faserzug nicht etwa ein einfacher, geschlossener, sondern er ist höchst complicirt, sowohl durch die verschiedensten Arten der Kreuzung, welche die Fasern unter einander eingehen, als auch durch die Zwischenlagerung von grossen Ganglienmassen, von denen ausser der corticalen Bahn zuweilen noch eine Anzahl restectorischer Bahnen nach anderen Richtungen abgehen resp. von dort herantreten. —

Seitdem nun bekannt geworden ist, dass die Vierhtigel in die acustische Hirnbahn eingeschaltet sind, hat maa sich um die Beziehungen dieser Gegend zur Hörfäbigkeit gekümmert und Bechtere w hat durch Zerstörung beider hinterer Vierhugel bei Meerschweinchen und weissen Ratten vollständige Taubheit hervorgerufen. Doch können diese Resultate nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen werden, weil die Corp. quadrigemina des Menschen als relativ verkummerte Organtheile gelten können und dementsprechend auch weniger Functionen haben dürften. Ferner lassen sich bei den kleinen Raumverhältnissen kaum Nebenverletzungen verhindern und endlich ist eine Hörstörung beim Thier sehr schwer zu constatiren. - Da für den Menschen die Bedeutung der Vierhügel wesentlich durch Beobachtung am Krankenbett und am Leichentisch ergründet wird, hat Verfasser 58 Fälle von Vierhügeltumoren zusammengestellt, welche folgendes Ergebniss lieferten: Am häufigsten kommen Gliosarcome, Sarcome und Tuberkelgeschwülste, letztere meist bei Kindern unter 10 Jahren vor. Ebeuso seltener sind Gliome, am wenigsten beohachtet wurden Carcinome, cystoide Entartungen, Psammome, Gummata, Lipome und Teratome. Die klinischen Symptome bestehen in einer Combination von Ataxie mit Störungen der Bulbusbewegung. Eine fast regelmässige Betheiligung des N. opticus fand ebenfalls statt: In 17 Fällen Erblindung, in 20 Fällen bedeutende Herabsetzung der Sehschärfe. In allen Fällen, wo der Augenbintergrund untersucht wurde, fand sich stets mit wenigen Ausnahmen eine Veränderung an der Pupilla n. optici vor. In 18 Fällen wurde scandirende Sprache beobachtet. Gehörstörungen kamen 20 mal vor. Doch scheidet Verfasser 9 Fälle aus, bei denen es nicht sicher ist, ob nicht eine periphere Erkrankung im inneren oder Mittelohr die Schwerhörigkeit bervorgerufen hat.

Uebrigens befinden sich unter diesen 9 Fällen, die Verfasser als unsicher ausscheidet, fünf Fälle, die von Weinland zu Gunsten seiner Ansicht von den Vierhügeln als Gehörcentrum verwandt worden sind. In den elf zweifellosen Fällen war die Läsion jedoch nicht auf die Vierhügel beschränkt, sondern es hatte stets eine Compression oder Zerstörung der Haube bezw. der Capsula interna stattgefunden. In zehn Fällen von relativ reiner Erkrankung der Vierhügel allein fand sich

gerade das Gehör intact. — In denjenigen Fällen, in denen intra vitam Schwerhörigkeit bemerkt und post mortem eine Degeneration der lateralen Schleife gefunden wurde, war die Hörstörung auf der gekreuzten Seite vorhandeu. Doch wurde in einigen Fällen auch das entgegengesetzte Verhalten bemerkt. Jedenfalls scheinen doch diese klinischen Beobachtungen eine gewisse Bestätigung der Ans bauung der Anatomen zu enthalten, wonach die Fasern der centralen Acusticus bahn sich auf der zwischen Vierhügel und Labyrinth gelegenen Strecke zum grössten Theil kreuzen. — In den genannten 11 Fällen waren die einleitenden Symptome Kopfschmerz und Erbrechen, daran schlossen sich Abnahme des Sehvermögens, Aufregungszustände (2 Fälle), und in 2 Fällen ein kurzer apoplectischer Anfall. In einem Falle traten Schüttelkrämpfe, in einem anderen die Zeichen cerebellarer Ataxie gleich zu Beginn auf.

Das klinische Bild der Gehörstörung tritt relativ spät zu den übrigen Symptomen hinzu. Da nun fast alle die Tumoren der 11 Fälle von der Zirbeldrüse ausgehen und also zuerst die Vierhügel und erst später die tiefer gelegenen Theile des Hirnstammes zerstört haben werden, so spricht der relativ späte Eintritt der Gehörstörung ebenfalls gegen die Vierhügel als Hörcentrum.

Verfasser bespricht dann noch die mehr den Ohrenarzt interessirende functionelle Prüfung und deren Ergebnisse und empfiehlt bei der Section von Taubstummen, namentlich wenn intra vitam Augenmuskellähmungen und Ataxie vorhanden gewesen waren, sich auch um die Haubengegen dzu kümmern. Zum Schluss bespricht er die Diagnose der Schwerhörigkeit bezw. Taubheit, welche durch einen Tumor der Hinschenkelhaube hervorgerufen wird. — Von allen Forschern, die sich um die Function der Vierhügelgegend und der Haube und um deren Pathologie kümmern, muss das durch genaue Statistik, reiche Litteratur und interessante parenthetische Bemerkungen von grosser Wichtigkeit ausgezeichnete Original nachgelesen werden.

368) Paul Flechsig: Zur Anatomie des vorderen Sehhügelstieles, des Cingulum und der Acusticusbahn.
(Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 7.)

Neuere Untersuchungen bei neugeborenen Kindern haben F. gelebrt, dass von dem vorderen Sehhtigelstiele nirgends ein distincter Faserzug bis in die Rinde der Frontalwindungen führt, so lange man überhaupt die Fasern des vorderen Stückes sicher verfolgen kann; die Fasern biegen vorher im Mark um und verlaufen nach rückwärts zum Cingulum, das sich zum guten Theil aus Projectiousfasern aufbaut; nur gelegentlich sieht man einzelne Fasern sich in die Rinde stehlen. Die Rinde des Stirnpols ist unvergleichlich viel ärmer an Projectionsfasern als die Sinnescentren.

Dasselbe gilt für alle Associationscentren.

Bei einem im 7. Monat geborenen 18 Tage alt gewordenen Kinde liess sich endgültig feststellen, dass die vordere Querwindung des Schläfenlappens die Endstationen der Cochlearisleitung enthält.

Hoppe.

369) M. Grossmann: Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Posticuslähmung.

Verfasser hat im physiologischen Institut in Wien das Semon'sche Gesetz, wonach bei Recurrensparalyse zuerst stets eine Lähmung der Glottisöffner mit paralytischer Contractur der Stimmbandnäherer eintrete, einer neuen Prüfung unterzogen und ist dabei zu Resultaten gelangt, die wohl geeignet sind, das ganze Gebiet der Kehlkopfparalysen in einem neuen Lichte erscheinen zu lassen. Schon im Jahre 1890 hatte Wagner in Virchow's Archiv auf Grund seiner Versuche erklärt, dass die Medianstellung der Stimmbänder gar keine Wirkung der Adductoren sei, sondern allein durch die Function der M. crico-thyreoidei bedingt werde. Verfasser knüpft an diese von vielen Autoren in schroffer Waise abgelehnte Ansicht von Neuem an und prüft zuerst mit Hilfe eines von Exner zu diesem Zwecke erfundenen "Laryngometers" die Weite der Glottis im normalen Zustande und nach Durchschneidung der einzelnen Kehlkopfnerven. Die an Hunden und Katzen gemachten Versuche ergeben Folgendes:

Der höchste Grad von Verengerung der Stimmritze tritt nach bilateraler Durchschneidung des N. recurrens ein Die Ausschaltung des N. laryngsuperior führt stets eine Erweiterung der verengten Glottis wieder herbei. Die vorgefasste Meinung, dass nach Lähmung aller vom N. recurrens versorgten Muskeln eine Cadaverstellung der Stimmbänder eintreten müsse, ist danach falsch. Seiner Meinung nach ist die nach Recurrenslähmung eintretende Adductionsstellung der Stimmbänder dem Einfluss des negativen intrapulmonalen Drucks und der Wirkung des M. crico-thyreoideus zuzuschreiben. — Unter den vom M. crico-thyreoideus passiv bewegten Muskeln wird der in seiner ganzen Ausdehnung festgewachsene Posticus am wenigsten bewegt und unterliegt des wegen zuerst einer Degeneration. Mit der Zeit erlahmt die Energie der M. crico-thyreoidei und die Stimmbänder gehen dann wieder etwas mehr auseinander. —

Die höchst interessante Arbeit muss im Original nachgelesen werden.

Peltesohn.

370) Grabower: Zu Onodi's Stimmbildungscentrum. (Archiv für Laryngol. 1897, VI. Bd.)

Verfasser hat an 8 Hunden die Resultate On odi's nachgeprüft und bestreitet die Existenz des von O. angegebenen Phonationscentrums. Dagegen hat er 14 mm hinter dem hinteren Vierhügelpaar bei querer Durchschneidung des Ventrikels den Ausfall bellender Töne und der phonatorischen Function der Stimmbänder feststellen können. Machte man den Schnitt 2 mm weiter nach hinten, so wurde auch noch die Abductionsbewegung der Stimmbänder mit besonderer Kraft und in excessivem Grade ausgeführt. Die gesunde Stelle entspricht der Grenze des vorderen und mittleren Drittels der Ala cinerea, eine Gegend, welche schon von Horsley und Semon auf Grund ihrer Reizversuche als Phonationscentrum bezeichnet worden ist. G. hält die excessive Abduction der Stimmbänder bei Durchschneidung des Phonationscentrums bedingt durch den Fortfall des in der Norm antagonistisch wirkenden Centrums.

371) W. v. Bechterew: Ueber das sogenannte Krampfcentrum und über das Centrum für die Locomotion im Niveau der Varolsbrücke.
(Neurol. Centralblatt 1897, Nr. 4.)

Die Untersuchungen über die in dem Laboratorium des Verfassers von Dr. Smitschinski und Dr. Wybura zur Nachprüfung der durch Nothnagel begründeten Lehre von den Krampfcentren im Niveau der Varolsbrücke ergaben, dass bei Kaninchen durch einen Stich in die Varolsbrücke in der That ein epileptischer Anfall ausgelöst wird, dass aber ein solcher nicht zu beobachten ist, sobald die Verbindung mit den Grosshirnhemisphären durch Durchtrennung des Gehirns im Vierhügelniveau unterbrochen oder die Hirnhemisphäre abgetragen wurde. Ebenso verschwinden toxische Krämpfe sofort, wenn das Gehirn im Vierhügelniveau durchschnitten wird. Das eigentliche Krampfcentrum ist also die Hirnrinde.

Die Uebermittelung des Reizes von der Varolsbrücke auf die Hirnrinde geschieht nach B. durch den temporären Blutandrang unter activer Contraction der Arterien der übrigen Körpertheile.

Dagegen existirt im Niveau der oberen Theile vom verlängerten Mark und der Varolsbrücke ein besonderes paariges motorisches Centrum für die Locomotion des Körpers, welches alle 4 Extremitäten in associirte Thätigkeit versetzt. Die Reizung dieses Centrums kann höchstens tonische Krämpfe zur Folge haben.

372) Wesley Mills (Montreal): Vergleichende Untersuchungen über die functionelle Bedeutung der motorischen Rindencentren. (The functional value of cortical cerebral motor centres in differents animals.)

(The New-York med Journal. 17. October 1896.)

M. hat die motorische Erregbarkeit der Hirnrinde bei zahlreichen Thierspecies untersucht und gefunden, dass eine Localisation bei den verschiedenen Thieren in verschiedenen Graden vorhanden ist und dass die Rindencentra sehr verschieden organisirt sind. Bei den Vögeln existiren überhaupt keine motorischen Rindencentra im gewöhnlichen Sinne. Was die übrigen von ihm untersuchten Thiere anbetrifft, so ergeben sich folgende Resultate:

- 1. Die electrische Reizung gewisser Hirnrindengebiete ruft Bewegungen bervor.
- 2. Gewisse Gebiete zeigen bei den verschiedenen Thieren eine verschiedene, wenn auch analoge Vertheilung.
- 3. Die hervorgerufenen Bewegungen erfolgen bei einzelnen Thieren schneller, exacter und ihre Centra erschöpfen sich bei ihnen leichter als bei anderen.
- 4. Die Localisation der motorischen Centra nimmt, je böher wir in der Thierreihe aufsteigen, an Deutlichkeit und Exactheit zu.

Auch bei demselben Thiere sind die verschiedenen Centra verschieden hoch organisirt, z. B. sind beim Hunde und bei der Katze die Centra für die Bewegung der vorderen Extremitäten besser entwickelt als die für die Ohren und den Schwanz.

Nach der Entwicklung der motorischen Rindencentra gruppirt M. die verschiedenen Species in einer aufsteigenden Curve, deren Nullpunkt die

Vögel einnehmen, dann folgt in einem gewissen Abstande das Kaninchen, in einem ebenso grossen die Katze und dicht darauf der Hund, dann wieder in einem grösseren Abstande der Affe und schliesslich der Mensch.

Hoppe.

373) J. Soury: Rindenblindheit.

(Revue philosophique de la France et de l'étranger, XXI, Nr. 9)

Die Abhandlung Soury's ist im Wesentlichen ein kritisches Referat über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der corticalen Blindheit; sie beschäftigt sich namentlich mit dem Förster'schen Rindenblinden. Der Verfasser polemisirt gegen die Anschauung von Sachs, dass die opticomotorischen und die rein sensorischen Elemente der Wahrnehmung in verchiedenen, ziemlich auseinander liegenden Theilen der Hirnrinde localisirt seien. Die Arbeit enthält im Uebrigen nichts Neues.

Gaupp.

374) Goblot: Le souvenir des rêves.

(Revue philosophique de la France et de l'étranger. XXI, Nr. 9)

In einer kurzen geistvollen Abhandlung vertritt der Verfasser die Ansicht, dass die Träume, deren wir uns erinnern, stets nur in die Zeit des Erwachens, des Uebergangs vom Schlafe in den wachen Zustand, fallen. Was wir im tiefen Schlaf träumen, wissen wir nach dem Erwachen nicht; dabei kann die Beobachtung Anderer ergeben, dass wir sehr lebhaft träumen. Das Einschlafen und Erwachen ist nie momentan. Das Uebergangsstadium kann sehr kurz sein, wie z. B. bisweilen bei der Hypnose, immer aber vergeht eine gewisse Spanne Zeit, deren Dauer für das Erwachen von Art und Intensität des erweckenden Reizes abbängt. Goblot macht darauf aufmerksam, dass jede Erzählung eines Traumes mit dem Erwachen endige. Die Darstellung, als ob die Lebhaftigkeit des letzten Traumbildes durch die gemüthliche Erregung zum Erwachen führe, ist irrthumlich; in Wirklichkeit ist der Zusammenhang der, dass mit dem Fortschreiten des Erwachens das Traumbild an Intensität gewinnt, so dass wir in der Schärfe des erinnerlichen Traumbildes einen Gradmesser für das Stadium des Erwachens besitzen.

Der Uebergang von der Traumwelt in die Wirklichkeit vollzieht sich allmählich wie das Erwachen. Die Continuität zwischen Träumen und Wachen ist bei guter Selbstbeobachtung stets zu finden. Die Wahrnehmung der realen Dinge der Aussenwelt verwebt sich während des Erwachens allmählich immer mehr mit den Gestalten des Traumes, bis mit dem völligen Erwachen das Traumbild verschwindet. Die kurze Zeitdauer des Erwachens genügt zum Ablauf complicirter Traumerlebnisse, ohne dass wir eine Beschleunigung der Gedankenbewegung anzunehmen brauchen: was wir träumen, ist eine Reihe von Bildern, nicht von Ereignissen; so kann in kurzer Zeit, in wenigen Secunden, im raschen Wechsel der Bilder viel erlebt werden.

Goblot's Lehre ist nichts völlig Neues. Es ist schon öfter (z. B. von Liébault, Forel) darauf hingewiesen worden, dass der tiefe Schlaftraumlos ist, d. h. dass er uns keine Erinnerung an das psychische Leben im Schlaf hinterlässt. Liébault betrachtet die Traumerinnerung als das Criterium des leichten Schlafes, Goblot als das des Erwachens. Wo aber fängt der leichte Schlaf an, in das Erwachen überzugehen?

Der Vorgang des Erwachens ist nach seinem Wesen und seinem zeitlichen Ablauf einer physiologischen und einer psychologischen Erklärung
bisher nicht zugänglich, die Abgrenzung vom leichten Schlaf ist nur in der
Theorie möglich. Das Wichtige und zweifellos Richtige der Goblot"schen
Lehre liegt also wohl darin, dass er betont, dass nicht der leichte Schlaf
an sich, sondern nur der leichte Schlaf vor dem Wachwerden die Zeit ist,
welche uns Traumerinnerungen schafft. Und dem entspricht ja auch die
Erfahrung. Was wir beim Einschlafen, also ebenfalls in einem Stadium
leichten Schlafes träumen, wissen wir nicht. Wenn wir uns nach dem
Erwachen unserer Träume erinnern, so baben wir stets die Empfindung,
dass wir eben erst, also kurz vor dem Wachwerden, geträumt haben und
dass der Traum durch das Erwachen sein Ende gefunden hat.

Gaupp.

376) Luigi Tavernari (Modena): Ricerche intorno all'azione di alcuni nervini sul lavoro dei muscoli affaticati. (Ueber die Einwirkung einiger Nervina auf die Arbeitsleistung ermüdeter Muskeln.)

(Rivista sperimentale di freniatria 1897, Vol. XXIII, fasc. I, p. 89-118.)

Die Experimente wurden vom 27. August bis 1. October von dem 24jährigen Verfasser an ihm selbst und dem 33jährigen Institatsdiener mit dem Mosso'schen Ergographen angestellt, im Ganzen 16 Versuche für iede Person, mit Zwischenpausen von 5 Tagen. Nach Feststellung der Mittelzahlen unter uormalen Verhältnissen und nach einem Marsche von 20 bis 30 Kilometern wurde weiter, ebenfalls nach vorausgegangenen Märschen der Einfluss von Kaffee, Wein, Fleischbrühe und Bier auf die ermüdeten Muskeln untersucht. Hierbei ergab sich, dass diese unter dem Einfluss der genannten Nerveumittel einer grösseren Arbeitsleistung fähig sind. Da die Einwirkung der Nervina sich hauptsächlich auf den centralen Mechanismus erstreckt, ähnlich wie die Musik, so ergeben sich, je nach der Individualität und je nach dem gewählten und mehr oder weniger gern genommenen Nervinum Unterschiede in der Reaction. In einer weiteren Reihe von Experimenten wurde daher untersucht, ob die Nervina auf das Muskelsystem selbst einen günstigen Einfluss ausüben und zwar wurden die Flexoren des rechten Mittelfingers durch den faradischen Strom indirect ermüdet. Aber auch dann tritt die erregende günstige Action der Nervenmittel hervor.

Klinke (Tost, O.-S.)

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 377) Graser (Erlangen): Ueber den gegenwärtigen Stand der Schilddrüsenfrage.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 44. Jahrg.)

Unsere Kenntnisse über die physiologische und pathologische Bedeutung der Schilddrüse reichen kaum auf ein Jahrzehnt zurück.

In der Physiologie von Landois findet sich noch in der 5. Auflage 1885 die kurze Abfertigung: "Die Function der Schilddrüse ist völlig dunkel, vielleicht ist sie ein Regulierapparat für den Blutgehalt des Kopfes".

1873 machte William Gull auf eine eigenthümliche Erkrankung bejahrter Frauen aufmerksam, der er die Bezeichnung eines kretinischen Zustandes beilegte. 1877 beschäftigte sich Ord eingehender mit dem Krankkheitsbilde. Er konnte schon damals neben einer eigenthümlichen Verdickung des Unterhautbindegewebes und namhafter Störungen im Nervensystem eine hochgradige Atrophie der Schilddrüse nachweisen und belegte die Erkrankung mit dem Namen Myxödem.

Beim Chirurgen-Congress 1883 theilte Kocher mit, dass sich bei einer Anzahl seiner Patienten, bei denen er die ganze Schilddrüse entfernt hatte, eine auffällige progressive Kachexie (Kachexia strumipriva) bemerkbar ge-

macht habe.

Wegen ihrer Aehnlichkeit mit dem oben beschriebenen Krankheitsbilde hat sie Reverin mit dem Namen Myxædème opérative belegt.

Neue und gründliche Untersuchungen über die Bedeutung der Schild-

drüse wurden hierdurch angeregt.

Die Forschungsresultate des Genfer Physiologen Schiff, der schon früher darauf hingewiesen hat, dass Hunde und Katzen ohne Schilddrüse nicht leben können, wurden ergänzt von Horsley, dem es durch seine Versuche an Affen gelang, nicht nur die rasch auftretenden und rasch zum Tode führenden Schädigungen (Tetanie) durch Wegnahme der Schilddrüse, sondern auch die dem Myxödem und der Kachexia strumipriva mehr gleichenden Bilder eines chronischen Siechthums zu zeigen.

Interessant sind die durch operative Entiernung der Schilddrüse auftretenden Störungen bei ganz jugendlichen, noch im starken Wachsthum befindlichen Thieren, wie solche durch Hofmeister an Kaninchen und durch v. Eiselsberg bei Schafen und Ziegen nachgewiesen wurden. Das Knochenwachsthum erleidet eine hochgradige Hemmung, die sich in Zwergwuchs und in einer Verkümmerung der ganzen Entwicklung kundgiebt.

Auch beim Menschen sind die durch Ausfall der Schilddrüsenfunction bedingten Störungen um so grösser, je frühzeitiger in der Entwicklungsperiode — z. B. bei kropfig entarteter Schilddrüse — jener Ausfall stattfindet

Das Wesentliche für Cretinismus, Kachexia strumipriva, Myxödem ist

die Aufhebung der Function der Schilddruse. -

Die Richtigkeit dieses Satzes wird dadurch bewiesen, dass sich die Störungen durch anderweitigen Ersatz der Schilddrüsenfuuction wieder beseitigen lassen.

v. Eiselsberg trug bei 13 Katzen die Halsschilddrüse ab und transplantirte die exstirpirte Hälfte in das subperitoneale Bindegewebe. Als er nun 3 Wochen nach der ersten Operation die andere Seite der Schilddrüse exstirpirte, gingen 11 Versuchsthiere rapid an Tetanie zu Grunde. Es fand sich bei der Section, dass die in die Bauchhöhle gebrachte Schilddrüse vollkommen resorbirt war. Zwei seiner Thiere blieben aber am Leben und bei diesen zeigte sich, dass die Schilddrüse gut eingeheilt war, eine ausreichende Gefässversorgung und auch das typische functionirende Drüsenepithel enthielt. Schon vorher wurden ähnliche Versuche an Menschen angeetellt, leider mit vorübergehendem Erfolg.

Dem Italiener Vasale gelang es, durch intravenose Injectionen von Schilddrüsensaft einen Hund, der bereits schwer an Kachexia thyreopriva erkrankt war, wieder gesund zu machen. Murray benützte einen Drüsen-

glycerinextract zur subcutanen Injection. Unangenehme Erfahrungen, Eiterungen an der Einstichsstelle führten zu dem Versuche, Schilddrüse in Substanz mit der Nahrung zu verabreichen (Mackenzie). Auch diese Art der Medication erwies sich als unpractisch; erst unserer hochentwickelten chemisch-pharmaceutischen Industrie war es vorbehalten, zweckentsprechende Präparate herzustellen.

Die auffallenden Besserungen, welche bei Myxodemkranken erzielt wurden, gaben den Anstoss zur Thyreoidbehandlung auch anderer, verwandter Krankheitsformen. Versuche (psychiatrische Klinik Freiburg), die verschiedenen Arten von Psychosen gunstig zu beeinflussen, schlugen im Allgemeinen fehl; doch machte man dabei die merkwurdige Beobachtung, dass bei denjenigen Patienten, welche einen Kropf hatten, diese in auffallender Weise während der Fütterung mit Schilddrüse sich verkleinerten. Am günstigsten werden beeinflusst die rein hyperplastischen Strumen, besonders bei jugendlichen Individuen, während die eigentlichen Kropfknoten unbeeinflusst bleiben. Die früher so vielfach geübte Jodbehandlung der Strumen gerieth fast in Vergessenheit, bis Baumann den Nachweis lieferte. dass im Schilddrüsengewebe nicht unbeträchtliche Mengen von Jod in Form einer festen Bindung mit einem Eiweisskörper enthalten sei, welcher Verbindung er den Namen Jodothyrin beilegte. B. sieht in dem Jodothyrin den für die Function und also auch für die Verabreichung als Heilmittel wirksamen Theil der Schilddruse. Die mit der gereinigten Substanz (Jodothyrintabletten) angestellten Versuche und Erfolge scheinen Baumann Recht zu geben. -

Die von Möbius begründete Auffassung, dass es sich bei der Basedow'schen Krankheit um eine gesteigerte Function der Schilddrüse (Hyperthyreosis) handle, wird in letzter Zeit viel umstritten. Doch ist es sicher, dass bei Morbus Basedowii immer eine Hyperplasie der Schilddrüse besteht. Durch Ausschaltung von functionirenden Drüsengebieten (Exstirpation oder Unterbindung der zuführenden Arterien) wird thatsächlich auch in der Regel eine Besserung erzielt. Zwischen Myxödem und Basedow besteht ein ausgesprochener Gegensatz; trotzdem hat auch bei letzterer Krankheit die Schilddrüsenfütterung günstige Erfolge aufzuweisen. Man kann diese Therapie aber nur in den Fällen durchführen, welche die vorübergehende gesteigerte Zufuhr von Schilddrüsensubstanz vertragen, so lange, bis unter dem Einfluss dieser Einwirkung eine Rückbildung der hyperplastischen Schilddrüse und eine Verminderung ihrer Function herbeigeführt wird.

Bei der Bekämpfung der Fettsucht, sowie bei gewissen Hautkrankheiten (Psoriasis) leistet die Schilddrüsentherapie sehr gute Dienste. G. kommt zu dem Schlusse, dass die Schilddrüse für den Organismus unentbehrlich ist. Wahrscheinlich hat das Lrüsensecret die Aufgabe, das Blut von gewissen schädlicheu Stoffen zu reinigen. Möglicher Weise hat die Schilddrüse auch für den Stoffwechsel wichtige Aufgaben zu erfüllen.

Blachian (Werneck).

377) C. Lange: Klinische Beiträge zur Lehre von der uratischen Diathese-(Bidrag tis Urinsynediatesens klinik.)
(Hospitalstidende 1897, S. 1 u. s. w.)

Wieder auf sein Lieblingsthema zurückkehrend, hebt der Verfasser erst hervor, dass die Harnsäurediathese auch bei demselben Individuum nater wechselndem Character und mannigfachen bunten Bildern sich äussert. Das Leiden kann schon im Kindesalter (12—14 Jahren) mit hartnäckiger Bleichsucht, Müdigkeit, Blutungen aus der Nase, Migräne-Anfällen, frühzeitiger Pubertät auftreten. Oefters zeigen die Symptome sich doch erst in den zwanziger Jahren oder später, um dann in wechselnden Perioden von sehr unregelmässiger Dauer und Auftreten anzuhalten, bis die Krankheit am öftesten in den sechsziger Jahren aufhört; nur hinterlässt sie natürlich die möglicher Weise stattgefundenen materiellen Ausscheidungen des Krankheitsstoffes, welche überhaupt nicht mehr schwinden, wenn sie eine gewisse Grösse erreicht haben.

Die Pathogenese der einzelnen Formen ist völlig unbekannt. Jedoch meint der Verfasser, dass es möglich ist, in dieser Beziehung drei verschiedene Gruppen von Fällen zu unterscheiden.

In der ersten Gruppe ist die Rede von unmittelbaren locales Wirkungen der ausgeschiedenen Harnsäure. Am häufigsten ist hier das Urinsediment, welches wahrscheinlich niemals fehlt, sondern gleich wie die übrigen Symptome der Diathese ein periodisches Auftreten zeigt. Es besteht theils aus amorphen urinsauren Salzen, theils aus krystallinischer Urinsäure, welche gemischt oder für sich allein auftreten können. Die reine Urinsäure wird wahrscheinlich oft übersehen, indem sie häufig in einem hellen, strohgelben, klaren Urin als ganz kleine Krystalle, welche nicht so leicht in die Augen fallen, erscheint.

Eine zweite locale Wirkung der Diathese ist die arthritische Gelenkaffection, welche keineswegs immer als Podagra, sondern weit häufiger in den Fingergelenken, auch in der Wirbelsäule und z. B. am Sternoclaviculargelenk auftritt. In derselben Weise verhält es sich auch mit den arthritischen Knoten, welche unter der Kopfhaut mituater im Gesicht vorkommen. Es sind im Allgemeinen flache, rundliche, ziemlich feste runde Geschwülste von 1—4 cm Durchschnitt. Sie können ebenso wie die Ablagerungen um die Gelenke, so lange sie noch einigermassen weich sind, von selbst oder während zweckmässiger Behandlung schwinden.

Als Erscheinungen, welche wahrscheinlich auf localer Infiltration von Urinsäure beruhen, nennt der Verfasser ferner die Trige minus ne urelgien, die sogenansten Akroparästhesien, sowie iritische und scleritische Entzundungen.

Eine zweite Gruppe von Fällen ist nach dem Verfasser von reflectorischem Ursprung und beruht auf den von den Urinconcrementen vernrsachten Irritationen. Hierunter gehören vornehmlich die Schmerzanfälle, welche hauptsächlich ihren Sitz in der Lendenregion haben, und sich auch nach oben oder nach unten oder zu dem Epigastrium ausbreiten können. In den Unterextremitäten sieht man gleichzeitig mit den Schmerzen auch öfters eine Paraparese.

Endlich als dritte Grnppe von Fällen führt der Verfasser diejenigen auf, von welchen er annimmt, dass sie auf einer ab normen Beschaffenheit des Blutes, auf der Anwesenhelt von toxischen Bestandtheilen in diesem, beruben. Sie scheinen unmittelbar von Störungen der nervösen Organe, vornehmlich der vasomotorischen Function abzubängen. Hierunter sammelt der Verfasser eine ganze Reihe von Erscheinungen, sowie periodische Anfälle von Kopfcongestionen, von Kälteparoxysmen, von Urticaria, das acute angioneurotische Oedem, periodische Anfälle von Diarrhæ, von Eczem, von Pruritus, von Schnupfen u. s. w., vor Allem die periodische Depression. — Vielleicht besteht auch ein indirectes Verhältniss zwischen der Diathese und der Migräne, sowie der Epilepsie. — Die näheren Details und die Krankengeschichten — im Ganzen 25 — betreffend muss auf das Original verwiesen werden.

378) Elzholz: Beitrag zur Kenntniss des delirium tremens. (J hrb. f Psych. u. Neurcl. XV, H. 2 u. 3.)

Die vorliegende Arbeit aus der Klinik des Prof. Wagner verdankt ihre Entstehung dem Bestreben, an der Hand von Untersuchungsmethoden, wie si h dieselben in den übrigen medicinischen Disciplinen entwickelt haben, in diesem Falle speciell aus hamatologischen Befunden die Beziehungen zwischen den somatischen und psychischen Veränderungen, die Wechselwirkung zwischen den ! örperlichen und geistigen Abnormitäten aufzudecken. Verfasser fand, dass die polynucleuren neutrophilen Leucocyten im Blute der Alcohol-Deliranten die einkernigen mononucleären bedeutend überwiegen. Nach dem Ablaufe des Deliriums zeigen die mononneleären Leucocyten hohe, die polynucleären niedrige procentuelle Zahlenwerthe. Die eosiupphilen Zellen verschwinden während des delirium alecholicum, sowohl in den Fällen, die upter Fiebererscheinungen verlaufen, als auch bei solchen Kranken, bei denen das Delirium fast völlig fieberlos abklingt. Enthielt das Blut auf der Höhe des Deliriums eosinophile Zellen, so waren die Kranken nur für die Gegenwart desorientiet, die retrograde Orientirung war eine prompte und correcte, sie schwitzten wenig und zeigten geringe Grade motorischer Geschäftigkeit. Nach dem Schlafe beobachtete man eine sofortige Zugahme der sosinophilen Zellen, was auf Restitutionsvorgänge in dem Organismus hinweist. Die Untersuchungen bezogen sich nur auf solche Fälle, in welchen eine somatische Erkrankung (Pneumonie) ausgeschlossen werden konnte, so dass der Einwand, die Blutveränderungen ständen mit dem delirium alcoholicum in keinerlei Zusammenhaug, fortfällt. Aus der Achnlichkeit der Blutbefunde im Verlaufe einer Pneumonie und eines Delirium tremens (Leucocytose) folgert der Verfasser, dass sich bei den chronischen Alcoholisten unter dem Einflusse des Alcoholmissbranches eine den Toxinen der Pneumoniecoccen ähnliche chemotactische Substanz entwickelt, die aber ihrerseits einen gewissen Gegensatz gegenüber den Bacterientoxinen aufweist. Durch die Einführung von Bacterien in den Organismus entsteht, wenn die Infection überstanden wird, ein für das Thier wohlthätiger Körper, der Schutzkraft verleiht, während beim Alcoholmissbrauch sich im Körper zuerst das Toxin bildet und das Antitoxin der vom chronischen Alcoholisten stets neuerlich begehrte Alcohol wäre.

So anerkennenswerth das Bestreben des Verfassers, seine Befunde zu deuten, auch sein mag, so ist doch andererseits nicht zu verkennen, dass derselbe zu viel auf Analogieschlüsse baut und dadurch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, irrige Generalisationen und Fehlschlüsse zu begehen.

Behr-Riga.

379) Hermann Strauss: Zur Lehre von der neurogenen und der thyreogenen Glycosurie.

(Deutsch. med Wochenschr 1897, Nr. 18 u. 20.)

Verfasser hat die Versuche auf alimentäre Glycosurie, die in letzter Zeit besonders für die "traumatischen Neurosen" durch v. Strümpell und v. Jacksch an Interesse gewonnen haben, systematisch bei verschiedenen Nervenkrankheiten angestellt.

Versuchsanordnung: 100 gr Tranbenzucker werden nüchtern frühmorgens verabreicht. Der Versuch wird als positiv nur bei positivem Aus-

fall der Gährungsprobe angesehen.

I. Bei traumatischen Neurosen von 39 Fällen in 36°_{0} positiver Ausfall; bei nicht traumatischen functionellen Neurosen von 32 Fällen in $12,5^{\circ}_{0}$. Dazu kommt, dass spontane Glycosurie schon öfter bei traumatischer Neurose beschrieben wurde

II. Intoxicationen. Der chronische Alcoholismus bei Schnapstrinkern disponirt nur wenig $(7,3^{\circ}|_{0})$, die acute Intoxication und das Delirium tremens sehr erheblich $(70^{\circ}/_{0})$ zur Glycosurie; dem gegenüber zeigt v. Strümpell's Angabe, dass der habituelle Biergenuss relativ häufiger positiven Ausfall giebt. Bei chronischer Bleiintoxication von 18 Fällen in $55,5^{\circ}|_{0}$.

Bei Morbus Basedowii fand Verfasser im Gegensatz zu Chvostek nur in $16^{0}/_{0}$ von 19 Fällen positiven Ausfall. Fütterung mit Thyreoidea hat nur einen geringen, aber sicheren, Glycosurie erzeugenden Einfluss.

III. Organische Nervenkrankheiten. Progressive Paralyse zeigt von 57 Fällen in $90|_0$, Ischias von 7 Fällen 3 mal auf der Höhe des Schmerzanfalls positiven Befund. -- Das sind die wichtigsten Resultate der ergebnissreichen Arbeit.

Für die practische Verwerthung des Versuchs verlangt Verfasser mehrfache Wiederholung in grösseren Zwischenräumen. Der positive Ausfall ist natürlich viel wichtiger als der negative und deckt eine vorhandene Disposition zur Glycosurie auf.

Loewenthal (Braunschweig).

380) Paul Kollmann (Dorpat): Zur Aetiologie und Therapie der Eklampsie. (Centralblatt für Gynäcologie 1897, Nr. 13.)

Verfasser fand gelegentlich der Untersuchung des Aderlassblutes Eklamptischer eine bedeutendere Zunahme der Fibrinmenge, als Nasse für das Ende der normal verlaufenden Schwangerschaft festgestellt hat $(0.9-0.75-0.67^{\circ}|_{0})$. Somit handelt es sich hier um eine Anhäufung von faserstoffgebendem Material im Blute. Er erinnerte sich, dass Globuline und ihre in den Körperzellen, hauptsächlich in den Zellen der parenchymatösen Organe vorhandenen Muttersubstanzen, in den Kreislauf von Thieren gebracht, Coma, Krämpfe, Fieber, Durchfall und eine längere Zeit anhaltende

Digitized by GOOGLE

Depression, bei hoher Dosis auch Tod, häufig unter krampfartigen Zuckungen herbeiführen, sowie dass das Blut so vergifteter Thiere bedeutende Veränderungen, unter Anderem constante Schwankungen des Faserstoffgel:altes mit Ueberschreitung der Norm aufweist. Der Gedanke lag daher für ihn nabe, auch für die Eklampsie eine solche Anhäufung von Globulinen und, wie die von ihm antersuchten Fälle zeigen, eine Störung des Stickstoffwechsels anzunehmen, woraus sich auch die Anwesenheit von Kreatin, Kreatinin, Leukomain und Karbaminsäure im Blute Eklamptischer genetisch erklären würde. Da ferner, je grösser die Menge des ausgeschiedenen Faserstoffes eines Blutes ist. um so grösser auch im Allgeweinen die Menge der nicht ausgeschiedenen flüssigen Globuline im Serum desselben ist, und da der Urin Eklamptischer eine nur schwache Toxicität besitzt, so kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass eiweisshaltige Stoffe bei der Eklampsie in geringerer Menge, als unter normalen Verhältnissen zur Ausscheidung gelangen und sich mithin im Blute aufspeichern müssen. In Aubetracht der Thatsache, dass im Eklampsieblute die faserstoffgebenden Substanzen in noch grösseren Mengen als am Ende der normalen Schwangerschaft auftreten, dass der Harn minder giftig und an Menge bedeutend reducirt ist, ferner dass eine kunstliche Ueberladung des Blutes mit jenen Substanzen in Form flüssiger Globuline oder ihrer Muttersubstanzen im Thierexperiment Erscheinungen hervorruft, wie wir sie auch bei der Eklampsie antreffen, so erscheint die weitere Annahme berechtigt, dass es sich bei der Eklampsie um eine Autointoxication handelt, die auf eine durch Nephritis oder durch mechanische Störungen veranlasste Behinderung der weiteren Umwandlung des giftigen, fasserstoffgebenden, stickstoffnaltigen, nicht nur dem mütterlichen, sondern vornehmlich auch dem fötalen Organismus entstammenden Stoff. wechselproductes zurückzuführen ist.

In therapeutischer Hinsicht hat Verfasser die möglichst rasche künstliche Entbindung als die am meisten bewährte gefunden, sofern die Erscheinungen der Eklampsie noch nicht lange bestehen. In solchen Fällen, in denen das Accouchement force nicht den erwünschten günstigen Erfolg gehabt hat, empfiehlt er seinen Erfahrungen gemäss augelegentlichst den Aderlass.

Buschan Stettin.

381) W. v. Bechterew: Ueber Chorea gravis. (Therapeutische Wochenschrift Nr. 44-45, 1896, Wien.)

Im Bahmen einer klinischen Vorlesung und im Anschluss an einen letal endenden Fall — eine Frau erkrankt im 7. Monat ihrer 4. Schwangerschaft an Chorea, die nach kurzer Besserung durch Chloral und warme Bäder recidivirte und nun trotz eingeleiteter Frühgeburt in wenig Tagen unter Temperatursteigerung bis 41,7° zum Tode führte — erörtert B. die Pathogenese der Chorea. Aus den bunten pathologisch-anatomischen Berichten, welche die ganze Climax von Nichts bis zu förmlich periencephalitischen Befunden (Pachy- und Leptomeningitis, Rindenatrophie, Gliawucherung u. a., wie sie Golgi gefunden haben will) aufweisen, vermag auch B. keine Schlüsse zu ziehen, dagegen weist auch ihn die häufige Coincidenz mit acutem Gelenkrheumatismus und Endocarditis auf die Annahme eines infectiösen Ursprungs hin; speciell scheinen ihm cyclischer Verlauf, häufige

Temperatursteigerungen, gelegentlicher rascher Collaps und entzündliche Veräuderungen im Hirn für diese Annahme zu sprechen. In der That fand G. Piane ze im Gehirn und Blut von Chorcakranken einen Diplococcus, der bei Thieren, eingespritzt, allerlei nervöse Erscheinungen (Zittern, Contracturen, Schreckhaftigkeit u. ä.) hervorrief, der aber leider sonst noch nicht accreditirt ist.

Die Litteraturangaben des Aufsatzes sind knapp, da unter Anderem nicht einmal Möbius erwähnt ist, der die von B vorgetragene Ansicht seit Jahren energisch vertritt (efr. Münchener medicinische Wochenschrift, 51 und 52, 1892).

E. Trömner.

382) Karl Bonhoeffer: Ein Beitrag zur Localisation der choreatischen Bewegungen.

(Monatsschrift für Neurologie und Psychiat.ie, Jaunar 1897.)

An der Hand eines lahrreichen Falles gelangt Verfasser zu einer neuen, sehr ansprechenden Anschauung über die Localisation der Chorea.

ööjährige Frau erkrankt an Schwindel, Kopfschmerz, Schwäche und Schmerzen im rechten Arm, Schulter und in den Beinen. Später traten choreatische Bewegungen auf, in allmähliger Folge Hand, Vorderarm, Gesicht und Sprache, Schulter, Fuss, Kopfdreher und Beuger ergreifend, bei Intention verstärkt. Im Gehen und Stehen starke Gleichgewichtsstörung. Ataxie, besonders der rechtsseitigen Extremitäten; entsprechende Störung der Lage-empfindung. Sonstige Sensibilität und Motilität völlig intact. Patellarreflexe äusserst schwach. Später Störungen des Oenlomotorius. - Tod an Erysipel.

Die Section ergab 2 carcinomatöse, wahrscheinlich metastatische Herde: einen kirschkerngrossen hinter der Mitte der 1. Stirnwindung, einen grösseren querovalen im Pons und zwar in der Haube, etwas dorsal von der medialen Schleife, hauptsächlich rechts von der Raphe. Hier war vor Allem die Bindearmkreuzung betroffen, ausserdem aufsteigende Fasern der Formatio reticularis, vielleicht auch die dorsalsten Bündel der Schleife. —

Die choreatischen Störungen localisirte Charcot in die innere Kapsel bezw. Stabkranz, Gowers in den Sehhtigel; Anton glaubte an enge Verwandtschaft mit den automatischen Mitbewegungen und siebt im Sehhtigel die auregende, im Linsenkern die hemmande Function. Kabler und Pick, ebenso wie Kolisch supponiren einen Beizzustand der Pyramidenbahn.

Diesen Hypothesen gegenüber zieht Verfasser aus seiner Beobachtung wie aus der kritischen Sichtung der Litteratur den Schluss, dass der hem ich ore at ischen Störung in seinem Fallo eine Läsion der Bindearme entspricht, welche Bahn die physiologischen Beziehungen zwischen Grosshirnrinde und gegenüberliegender Kleinhirnhälfte vermittle. Dafür spräche auch, dass sich bei Kleinhirnaffectionen choreiforme Störungen finden. Die Ausbreitung des Processes nach Gelenkabschnitten setze eine Anordnung der Fasern voraus analog der Rinde der Centralwindungen. Für die Classification des Symptoms betont Verfasser noch folgende Momente: die Steigerung durch willkürliche Innervation, wobei er naheliegt, au ein Uebei wiegen der impulsiven gegenüber den moderatorischen Digitized by

und collateralen Muskelactionen im Sinne Duchenne's zu denken; ferner die gleichzeitige Innervation der correspondirenden Extremität bei Willkürbewegungen (Wernicke); schliesslich die Unfähigkeit zur Abstufung von Bewegungen und zur gleichmässigen Andauer einer Kraftleistung.

Ob die Chorea Reiz- oder Ausfallssymptom ist, kann Verfasser nicht

mit Sicherheit beantworten. -

Die Störung der Lage empfindung wird in der Formatio reticularis gesucht; jedenfalls müssen die betreffenden Fasern getrennt von den Bahnen der Hautsensibilität auch im Pons verlaufen, wie es Goldscheider für die Medulla ob'ongata nachgewiesen hat.

Besonderen Werth möchte ich auf die vom Verfasser durchgeführte klinische und anatomische Sonderung von 2 Arten von Ataxie legen: die eine geht parallel der gestörten Lageempfindung, hängt also auch von der Läsion der Formatio reticularis ab — Ataxie in Rückenlage; die andere, Cerebellarataxie, beim Stehen und Gehen, kommt in diesem Fall durch Läsion der Bindearme zu Stande.

Loewenthal (Braunschweig).

383) A. Hoche (Strassburg): Ueber die Luftdruckerkrankungen des Centralnervensystems.

(Berliner klin. Wochenschr. 1897, Nr. 22.)

Die Beobachtungen, auf welche H. seine Ausführungen basirt, wurden beim Baue der neuen eisernen Rheinbrücke an Arbeitern gemacht, welche die Caissons, in denen ein Druck von 21/2 Atmosphären herrschte, 25 m uuter der Wasseroberfläche zu versenken hatten, Der Uebergang in den hoben Druck der Caissons (das "Einschleussen"), sowie der Austritt aus denselben in den gewöhnlichen Atmosphärendruck ("Ausschleussen") soll ganz allmählig (in 25 Minuten) erfolgen. Die Erkrankungen ereigneten sich bei Arbeitern, bei welchen das "Ausschleussen" in 7-8 Minuten erfolgt Bei den meisten waren die Erscheinungen nur genz flüchtig und bestanden in Ohrenschmerzen, unangenehmen Sensationen in Muskeln und Gelenken, Verwirrtheit und dergleichen mehr. Nur bei 2 Arbeitern wurden schwerere nervöse Erkrankungen beobachtet, welche beide das Bild der unvollkommenen Querschnittsaffection des Dorsalmarks trugen. Die Erscheinungen entwickelten sich nach einem kurzen Latenzstadium in einigen Minuten und bestanden neben allgemeinen Erscheinungen (Schmerzen im Rücken, Einschlafen der Füsse, leichte Verwirrtheit) vorzugsweise in spastischer Paraplegie der unteren Extremitäten, leichter Parese, Erhöhung der Patellarreflexe, Dorsalclouus, Parästhesien und starkem Schütteltremor beim Gehen. Im 2. Falle waren neben den Seitensträngen noch die Hinterstränge stärker betheiligt: lebhaftes Gürtelgefühl, starke Parästhesie in den Beinen, verminderte Empfindlichkeit für Berührungen und Schmerzeindrücke bis handbreit unter dem Nabel. In beiden Fällen Harnträufeln (resp. eine Zeit lang Retentio uninæ).

Die Prognose ist nicht ganz ungünstig.

H. giebt, gestützt auf seine Beobachtungen und die in der Litteratur niedergelegten Fälle eine Schilderung der Luftdruckerkrankungen des Centralnervensystems nebst den pathologischen Ergebnissen in einzelnen zur Section

gekommenen Fällen (von dorsaler resp. dorsolumbaler Paraplegie) Zustandekommen der Erkrankungen erklärt H. unter Besprechung der bisherigen Theorien durch Freiwerden von Gas (besonders N), welches unter grossem Druck vom Blute absorbirt worden ist, in Folge der plötzlichen Blutdruckerniedrigung. Derselbe kann schädigend wirken entweder an Ort und Stelle, wo er aus den Gewebsstoffen frei wird oder (häufiger) durch Die Quantität des frei werdenden Gases hestimmt die Schwere der Erkrankung. Wegen seiner zahlreichen Endarterien disponirt das Centralnervensystem ganz besonders zu diesen Gasembolien, welche in derselben Menge bei der Empfindlichkeit der nervösen Elemente daselbst viel grössere Störungen verursachen als in anderen Organen. Die geringere Resistenz gerade des Dorsalmarks erklärt sich nach H. aus der relativ schlechten Gefässversorgung (bei kleinstem Kaliber die längsten verticales Arterienverzweigungen). Die anatomische Anordnung der Gefässe bewirkt es auch, dass bei nicht zu reichlicher Ueberschwemmung des Blutes mit Gasblasen nur die weisse Substanz der Seiten- und Hinterstränge erkrankt, deren Arterien ein verhältnissmässig sehr geringes Kaliber haben. Die pathologische Folge der Embolie ist ischämische Erweichung.

Норре.

384) E. Flatau: Ueber Veränderungen des menschlichen Rückenmarks nach Wegfall grösserer Gliedmassen.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1897, Nr. 18.)

Die Ausnahmen und Modificationen, die das Waller'sche Gesetz erleidet, mehren sich. Verfasser zeigt an der Hand von 2 Fällen, dass auch beim Menschen nach peripheren Verletzungen mittelst der empfindlichen Methoden von Nisslund Marchi Veränderungen des centralen Nervenstumpfes und der Zelle nachweisbar sind. Der 1. Fall betrifft eine Thrombose beider Arter. femorales; Tod nach 2—3 Wochen. — Im 2. Fall Tod 3 Monate nach Amputation des linken Beines. — Die vorderen intramedullären Wurzeln sind degenerirt (Marchl); die Vorderhornzellen zeigen die seit Nissl für Verletzungen des peripheren Nerven characteristischen Veränderungen.

Im sensiblen Neuron ist die Degeneration bis in die Wurzeleintrittszone und sogar in die Reflexcollateralen nach dem Vorderhorn vorgeschritten. Der letztere Befund ist von besonderem Interesse für die Tabes-Pathologie: nach Verletzung des peripheren sensiblen Nerven kommt es auch zur Erkrankung der Hinterstränge. Ob die Spinalganglien verändert waren, sagt Verfasser nicht.

885) F. Pineles: Die Veränderungen im Sacral- und Lendenmark bei Tabes dorsalis nebst Bemerkungen über das dorso-mediale Sacralbündel. (Arbeiten aus dem Institut für Anatomie des Centralnervensystems in Wien 1896)

Bei einem Fall von beginnender Tabes fand Verfasser eine Degeneration der Hinterstränge, die in der Höhe der sacralen Wurzeln nur zwei Felder freiliess: 1. das ventrale Hinterstrangsfeld und 2. ein Feld von dreieckiger Gestalt, welches am hinteren Rand des hinteren Septum liegt und von Obersteiner dorsomediales Sacralbündel genannt wird. Unter allmäblicher Aenderung seiner Gestalt bildet es in der Höhe des untersten Lender-

markes mit dem Hinterstrangsfeld zusammen zwei asymmetrische Zapfen, die die hintere Peripherie nicht mehr erreichen. Von den mittleren Lendenmarkswurzeln an strahlen gesunde Fasern ein. Das dorsomediale Bündel wird immer dünner und verschwindet in der Höhe der oberen Lendenanschwellung; die degenerirten Fasern werden immer weiter nach innen gedrängt und sind schon im untersten Brustmark fast nur auf Theile der Goll'schen Stränge beschränkt. In der Höhe des 8. Dorsalnerven erhalten sie einen zunächst isolirten Zuwachs, der sich durch Erkrankung von Wurzelzonen des 2.-10 Dorsalnerven erklärt. Die Clarke'schen Säulen zeigen im oberen Lenden- und unteren Brustmark eine deutliche Rareficirung. -Genau die gleiche Form der Degeneration fand sich bei Fällen von Compression der hinteren Wurzeln in der cauda equina und Verfasser stützt somit durch seinen Fall die Auffassung der Tabes als einer Hinterwurzelerkrankung mit segmentenweise erfolgender Affection der Wurzelgebiete. Das ventrale Hinterstrangsfeld steht in keinerlei Beziehung zu den hinteren Wurzeln und muss grösstentheils aus endogenen Fasern aufgebaut sein. Das dorsomediale Sacralbundel - wahrscheinlich mit Flech sig's ovalem Felde identisch - bietet vielfach in pathologischer Beziehung ein eigenartiges Verhalten. Auch bei einer Reihe von anderen fortgeschrittenen Tabesfällen fand Verfasser es mehr oder weniger unversehrt. Wahrschein. lich besitzt es zum grössten Theil keinen Zusammenhang mit den hinteren Wurzeln; doch ist diese Frage noch nicht abgeschlossen.

Gallus (Neu Ruppin).

386) V. Babes et F. Kremnitzer: Die Spinalganglien und die Pathogenese der Tabes, (L'anatomie microscopique des ganglions spinaux et le pathogénie du tabes.)

(Archives des sciences médicales 1895, Nr. 2.)

Um die Pathogenese der Tabes aufzuklären, speciell um Marie's Hypothese von Neuem zu prüfen, untersuchten B. und K. die Spinalganglien im normalen und tabisch erkrankten Zustande. Die Färbung war die Pal'sche, combinirt mit einer Nachfärbung mit Neuviolett oder Carbolrubin. Zunächst fanden sie im normalen Ganglion - dessen sonstige anatomische Verhältnisse genau beschrieben werden - eine noch unbekaunte Faserart: Ausser den sich T-förmig theilenden und in die einzelnen Ganglienzellen eindringenden enthalten nämlich die hinteren Wurzeln noch Fasern, welche sich in der Kapsel der Ganglienzellen auftheilen und gleichsam Faserkörbe um die Zellen bilden, mit diesen selbst aber nie in Verbindung treten, deren Fibrillen sich vielmehr oft hinter der Zellkapsel wieder zum Faserstamm vereinigen oder noch auf die Kapsel der Nachharzelle übergehen. Diese neuentdeckten Fasern, die übrigens selbst in der Zellkapsel noch mit feinem Mark umbüllt sind, sollen sich nun bei Tabes in besonderem Maasse degenerirt finden und zwar selbst in beginnenden Fällen, wo noch zahlreiche intacte Fasern von den hinteren Wurzeln durch das Ganglion hindurch ziehen. Parallel mit dieser Degeneration geht eine beträchtliche Kernvermehrung und Verdickung der Zellkapsel. Diese wieder würde eine Ernährungsstörung der eingeschlossenen Nervenzellen und der von ihnen trophisch abhängigen Leitungsbahnen (d. h. der Hinterstränge) erklären können ("expliquerait"). Digitized by Google Jene Fasern aber entspringen selbst aus Zellen der Hinterhörner, also kann man fragen (on peut donc se demander si), ob die Primärerkrankung der Tabes nicht im Grau der Hinterhörner zu suchen ist.

Untersucht wurden die Hinterhörner nicht. Letztere Hypothese ist übrigens mehr als unwahrscheinlich, da nach Redlich — dessen bedeutsame Forschungen mit keinem Worte erwähnt sind — bei Tabes gerage die aus den hinteren Wurzeln direct hervorgehenden Systeme entarten, während Mänzer und Wiener (Ausschaltung des Lendengraus, Archiv für experimentelle Pathologie, 35, p. 113*) wahrscheinlich machten, dass die bei Tabes nicht oder spät degenerirenden Fasern aus den Zellen der Hinterhörner entspringen.

Danach bringt B. und K.'s Befund und Hypothese die Tabesfrage ihrer Lösung nicht näher. E. Trömner (Dresden).

387) A. Souques et G. Marinesco: Lésiors de la moelle épinière dans un cas de diabéte sucré.

(Revue neurol. Nr. 9, 1897.)

Die Verfasser untersuchten Rückenmark und Bulbus einer diabetischen: marastisch verstorbenen Freu (Härtung in Kal. bichrom. und Färbung nach Marchi und Weigert. Pal) und fanden in den Hintersträngen folgende Veränderungen: An feinen Schnitten zeigen sich symmetrische, dreieckige Zonen, deren Basis nicht ganz bis an die Peripherie und deren Scheitel nicht ganz bis an die Commissur reicht und gegen die Medianlinie gekehrt ist. Die Blässe der fraglichen Zone rührt zum Theil von der Feinheit der Nervenfasern, zum Theil von dem Verschwinden solcher her. Das inter stitielle Bindegewebe und die von dem Septum medianum posterius kommenden Bälkchen sind etwas gewuchert. Im Lenden- und Dorsalmark ist die Zone von gleicher Form; im Cervicalmark verändert sich daher ihr Aussehen; sie erscheint sozusagen verdoppelt; ein Segment grenzt an das Hinterhora, das andere nimmt die centrale Partie des melianen Stranges ein. Die vorderen und hinteren Wurzeln, die Reflexcollateralen und der Rest der weisses Strunge sind intact. Die Vorderhornzellen erscheinen in einzelnen Schuitten der Cervicalregion etwas atrophisch. Alterationen der Hinterstränge sind schon von mehreren Beobachtern bei Diabetes gefunden worden (Sandmeyer, Leyden, Leichtentritt, Williamson, Kalmus). In den Fällen der 3 letztgenannten Autoren entspricht die Lage der Veränderungen der von den Verfassern constatirten.

Was das Schwinden des Kniephänomens bei Diabetischen betrifft, so scheint es, dass dieses Symptom in einzelnen Fällen peripheren Ursprungs ist, d. h. von einer Neuritis der Cruralnerven abhängt (Fälle von Eiehhorst), in anderen dagegen durch Läsion der Hinterstränge oder durch diese und Läsion der Cruralnerven bedingt ist. An eine functionelle Störung des Markes als Ursache der Erscheinung, wie sie von Bosenstein für die Fälle von Diabetes angenommen wurde, in welchen die Medulla spinalis intact gefunden wurde, glauben die Autoren nicht, sie nehmen vielmehr an,

^{*)} Vergi. Referat d Centralbl.

dass in den betreffenden Fällen Alterationen der Nerven oler des Backenmuks vorlugen, welche wegen Unzulänglichkeit der Untersuchungsmethede nicht eimittelt wurden.

388) Schwarz: Ueber chronische Spinalmeningitis und ihre Beziehungen zum Symptomencomplex der Tabes dorsalis.

(Wiener klin. Wochenschr. 893, S. 1021.)

Versasser berichtet in der Gesellschaft der Aerzte in Wien aber 3 Fälle, welche klinisch das Bild der Tabes incipiens, anatomisch sehr starke ehronische Leptomeningitis mit verschiedenen Graden der nervösen Veräuderungen darboten.

1. Sichere syphilitische Leptomeningitis mit Degeneration im Marke wie bei Tabes incipiens. 2. Chronische Leptomeningitis nach acuter Cerebrospinalmeningitis mit dem Befunde mittelschwerer Tales. 3. Wahrscheinlich postinfectiose Leptomeningitis mit sehr geringen Degenerationen fast nur im Lendenmarke. Verfasser hält es für angezeigt, diese Fälle nicht der Tabes zuzuzählen. Gegen die Erb'sche Auffassung von einfacher Coexistenz der Tabes mit Meningitis spricht Fall 2 und 3, wo die Leptomessingitis wesentlich älter war und es sich klinisch nur um Tabes incipiens handelte. Eine interstitielle Neuritis in den hinteren Wurzeln bewies nun aber die Abhängigkeit des spinalen Processes von dem meningealen, jedoch nicht in dem Sinne der Obersteiner'schen Tabestheorie, welche die Wurzelerkrankung als Folge mechanischer Einschuttrung durch Piasclerose auffasst. Hiergegen sprach Fall 3, we trotz starker Schwielenbildung in der Pia keine nennenswerthe Wurzel- und Spinalerkrankung im Dorsal- und Brustmark vorlag. Nach den Untersuchungen des Verfassers handelt es sich bei den Meningenverdickungen der Tabes lediglich um eine Bindegewebswucherung ohne entzundliche Vorgänge und damit wäre ein fundamentaler Gegensatz zwischen den Veränderungen der Häute bei Tabes und bei chronischer Meningitis erwiesen. Lehmann (Worneck).

389) Alzheimer: Ein Fall von luctischer Meningomyelitis und - Encephalitis.
(Ar. hiv für Psych., 9. Bd. 1. Heft.)

Verfasser giebt in klinischer und pathologisch anatomischer Hinsicht eine genaue Darstellung von einem Falle, der grosse Achulichkeit mit dem Bilde der progressiven Paralyse gezeigt hatte, bei der Section und der m croscopischen Untersuchung indessen den Character der luetischen Meningomyelitis und -Encephalitis darbot. Die Erkrankung begann mit Kopfweh und Reizbarkeit und es traten im weiteren Verlaufe zunehmende Geistesschwäche, Verwirrtheit und Grössenideen auf. Dazu kamen noch träge Reaction der Pupillen und Sprachstörung. Die Erscheinungen von Seiten des Ruckenmarkes waren für Syphilis typisch, so dass eine Combination von progressiver Paralyse mit spinaler Lues angenommen worde. lich wegen des psychischen Zustanles konnten die für Hirnsyphilis characteristischen Momente nicht zur Beobachtung kommen, zumal keine anderen Hirnnerven ausser den Optici betheiligt waren. Von grösstem Interesse ist nun die bei der Autopsie gefundene Meningoencephalitis der Convexität, welche schon macroscopisch von dem gewölmlichen Bilde bei der Paralyse 82*

abwich, microscopisch aber durch die vorzugsweise herdförmige Ausbreitung des Krankheitsprocesses auffiel, während dieser bei der Paralyse von Beginn an diffus ist. In Bezug auf die genaueren Ergebnisse der durch eine Tafel veranschaulichten microscopischen Untersuchung, die wegen der verhältnissmässig frischen und wenig hochgradigen Veränderungen besonders geeignet erscheint, einen klaren Einblick in die Art und das Fortschreiten des krankhaften Processes zu gestatten, muss auf das Original verwiesen werden. Abgeschen davon aber ist die Arbeit bei der Geneigtheit, manches zur Puralyse zu rechnen, was nicht zu ihr gehört, dankenswerth, da durch eine exacte Untersuchung post mortem die sichere Trennung von ihr in einem Fal'e gegeben wird, in dem die klinische Unterscheidung von ihr nicht möglich schien.

2. Symptomatogie und Diagnostik.

390) G. Marinesco: Étude de mains d'acromégalique au moyen des rayons de Röntgen.

(Comptes rendus des séances de la Société de biologie [séance du 13. juin 1896].)

Die Hände von 4 an Acromagalie leiden len Patienten wurden mit Röntgenstrahlen untersucht. Drei davon zeigten klinisch einen Riesenwuchs vornebmlich in die Breite (type massif), eine in die Länge (type géant) auf. Die Untersuchung ergab in Bestätigung dieser Eintheilung bei den ersteren ein Ueberwiegen des abnormen Breiten- vor dem Längenwachsthum, bei dem der letzteren Categorie zugehörigen Falle das umgekehrte Verhältniss. Interessant war aber besonders bei einem dem type massif zugerechneten Falle eine Combination von abnormem Breiten- und Längenwachsthum. Ausserdem zeigten die Bilder, dass der Antheil der Weichtheile an dem Riesenwuchs viel bedeutender ist in den Fällen vorzugsweisen Breitenwachsthums als in denen von Längenwachsthum. In einem Falle von Erythromelalgie zeigten sich auf Röntgenbildern keine Abnormitäten des Skelets; die Erythromelalgie hat danach mit der Acromegalie nichts zu thun.

Cassirer.

891) A. Eulenburg: Kugeln im Gehirn; ihre Aussindung und Ortsbestimmung mittelst Röntgenstrahlenausnahmen.

(Deutsche med. Wochenschr. 1896, Nr 33.)

Während es im Anfang durchaus anwahrscheinlich erschien, dass die neue Strahlenart für das Centralnervensystem diagnostisch verwerthbar sein würde, hat Verfasser an 2 Fällen nachgewiesen, dass die Durchleuchtung auch dem Neurologen zuweilen Dienste leisten kann, vorerst freilich nur dann, wenn es sich um metallene, innerhalb der Schädel-Rückenmarkshöhle befindliche Fremdkörper handelt. Beide Fälle waren Schussverletzungen; durch je 2 Aufnahmen, eine frontale und eine sagittale, gelang es Prof. Buk a in Charlottenburg, die Lage der Kugel annähernd genau zu bestimmen. Im Falle I, bei einem 18jährigen Manne, befand sie sich, von der rechten Schläfe aus eingedrungen, in der mittleren Schädelgrube, rechts von der Medianlinie. Klinische Hauptsymptome: vorübergehende Hemianopsia sinistra, linksseitige Hemiplegie, einschliesslich der Gesichts- und Zungenhälfte, mit Sensibilitätsstörungen der linken Körperhälfte. Demnach hatte die Kugel offenbar auf ihrem Wege den rechten Tractus opticus und Hirnschenkelfuss

lädirt. — Fall II ist auch durch seine Schicksale interessant: "38jähriger Mann; vor 10 Jahren Selbstmordversuch durch Revolverschuss im unteren hinteren Theil der rechten Schläfengegend. Anfängliche Firndrucksymptome, dann fast 4 Jahre hindurch nur geringe Beschwerden. Wiederkehrende Kopfschmerzanfälle, die den Kranken auf den Gedanken bringen, dass er noch eine Kugel im Kepfe habe; er wird fast 5 Jahre in Irrenanstalten internirt, als ungeheilt entlassen. Zur Zeit wieder fast symptomlos. Nachweis der in der mittleren Schädelgrube hinter der rechten Fissura orbitalis superior liegenden Kugel".

Loewenthal (Braunschweig.).

392) Wilms (Köln): Diagnostischer und therapeutischer Werth der Lumbalpunction. Druckbestimmung mit Quecksilbermanometer.
(Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 44. Jahrg.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Technik der kleinen Operation, für welche W. die Schleich'sche Anästhesirungsmethode besonders empfiehlt, beschreibt er 23 der verschiedensten Affectionen, bei denen mit mehr weniger Erfolg die Lumbalpunction zur Ausführung gelangte W..

fasst das Resultat seiner Beobachtungen dahin zusammen:

Optisches Verhalten.

Aussehen der Flüssigkeit: Unter 6 Punctionen bei Meningitis epidemica war 5 mal das Punctat trüb und eitrig; einmal aber — es wurde schon am 2. Tage der Erkrankung punctirt — war das Exsudat vollkommen klar.

Die Punctionen bei tuberkulöser Meningitis ergaben mit Ausnahme eines Falles klare Flüssigkeit.

Der Satz von F. Strauss, dass trübes Punctat für cerebrospinale klares für tuberkulöse und seröse Meningitis spricht, hat somit nicht unbedingte Giltigkeit.

In den Fällen von Pseudomeningitis bei Infectionskrankheiten und Lues, ferner bei Urämie, Delirium, Embolie und Tumoren floss immer nur klares Serum ab.

Bacteriologisches Verhalten.

Bei der epidemischen Meningitis gelang in 3 Fällen von 4 der Nachweis des Diplococcus intracellularis; bei tuberkulöser Meningitis wurden unter 5 Fällen nur einmal Tuberkelbacillen im Punctate gefunden.

Chemisches Verhalten.

In den Fällen mit entzündlicher Affection der Meningen ergab die Kochprobe immer einen starken Niederschlag, während das Pnuctat bei Tumoren, Embolien, Hydrocephalus, den Infectionskrankheiten mit meningitischen Symptomen, ferner bei Lues, Delirium, Chlorose geringeren Eiweissgehalt $(0.3-0.8^{\,0}|_{00})$ erkennen liess.

Die Verwerthung des letzteren für diagnostische Zwecke wird nur mit Vorsicht möglich sein.

Die Angaben über Zuckergehalt des Punctats differiren derart, dass sie diagnostisch ohne Bedeutung sind. W. fand bei seinen Versuchen nur einmal – bei chronischem Hydrocephalus — Zucker.

Physikalisches Verhalten.

Zu den Druckbestimmungen benützte W. erst das Quincke'sche Instrumentarium und zwar, ohne den Schlanch vorher zu füllen. Später nahm er die Messungen mittelet eines Quecksilbermanometers vor, das nicht nur genauere Resultate liefert, sondern auch den Vorzug grösserer Bequem-liehkeit und Handlichkeit besitzt.

Der normale Druck liegt nach W.'s Beobachtungen etwa bei 10 mm Hg. Quincke nimmt einen solchen von 3 5 mm Hg an. Die Differenz erklärt sich wahrscheinlich ans der Methode der Messung. Lage oder Stellung des Krauken, Haltung des Kopfes, Schreien etc. haben darauf Einfluss.

Von Interesse sind die Pulsations- und Athmungsschwankungen. Die ruhige Athmung macht sich bei der Hg-Messung durchschnittlich in Schwankungen von 2-6 mm bemerkbar, während diese bei der Pulsation 1-2 mm betragen. Bei Nephritis chronica mit Arterioselerose betrug die Differenz 3 mm; bei einem Fall von Sarcoma eerebri fand sich eine Pulsationsschwankung von 7 mm und später sogar von 12 mm. Die sehr gefüssreiche Gesehwulst lag im rechten corpus striatum direct dem Ventrikel an.

Die Menge des Ausgeflossenen variirt bei den einzelnen Fällen sehr. Am wenigsten liefern selbstverständlich die nicht entzundlichen Affectionen. Bei Meningitis epidemica und tuberculosa wurden schon 110 cc n durch Punction entleert.

Nach Allem hat die Lumbalpunction einen unzweiselhaften diagnostischen Werth; aber auch in therapeutischer Beziehung ist ihr eine gewisse Bedeutung nicht abzusprechen. Kopfschmerzen und Erbrechen bei tuberculöser Meningitis werden durch die Punction günstig beeinflusst. Leider ist der Erfolg meist nur ein vorübergehender.

Blachian (Werneck).

393) Motschutschowsky: Ein Algesimeter. (Wratsch Nr. 9, 1897.)

Prof. Dr. Motschutkowsky hat mittelst eines von ihm erfundenen Instruments, dank welchem man genau die Tiefe des Einstichs einer Nadel benrtheilen kann, bei einer grossen Zahl von Gesunden das Schmerzgesthluntersucht. Das Centrum der geringsten Empfindlichkeit ist die Gesässgegend, von derselben ausgehend peripher wird das Schmerzgestühl immer feiner. Am schmerzhaftesten sind die Hautfalten zwischen den Fingern und der behaarte Kopf, weniger schmerzhaft sind hervorragende Körpertheile (z. B. die Nase), Die Schleimhäute sind weniger schmerzhaft wie die Haut. Die innere Schenkelfläche ist bei Frauen bedeutend schmerzhafter wie bei Männers.

A. Bary (St. Petersburg).

394) H. Wilbrand: Ueber die Gesichtsfeldmessung am Dunkelperimeter.
(Monatsschr. f. Neurol. und Psych. 1897, H. 1.)

Als Dunkelperimeter bezeichnet Verfasser ein halbkugliges Perimeter, su welchem im völlig dunklen Raum untersneht wird, mittelst eines salbatlenchtenden Fixations- und Untersuchungsobjectes von Stecknadelkopfgrösse. Auch die normale Retina zeigt, wenn sie im diffusen Tagenliebt

unterwerthig geworden, am Dunkelperimeter eine erhebliche eencentrische Einschränkung; allmählich, im Verlauf von Minuten, dehnt sich das Gasichte. feld zur Norm aus - Erholungsausdehnung. Derselbe Vorgang danert beim functionell-nervosen Auge viel länger, einige Standen, selbst mehrere Tage; in letzterem Fall zeigt das erkrankte Auge auch bei Tages. licht hochgradige concentrische Einengung. Organische Läsionen der inneren Augenwände oder des Options zeigen diese Erholungsansdehnung in unregelmassiger Weise und lassen Gesichtsfelddefecte in absoluter Grösse erkennen. Der Simulant verwickelt eich in Widersprüche. - Die Wichtigkeit dieser Untersuchungsart erhellt schon ans der von W. gefundenen Thatsache, dans viele functionellenervose Augen im diffusen Tageslicht keine Einengung, nur allzuleichte Ermudbarkeit (Ermudungseinschränkung) zeigen, am Dankeiperimeter jedoch 1/s-1 Stunde zur Erholungsausdehnung breueben. Verfasser sieht die Ureache der bezeichneten Störungen in der verminderten Quantität oder Qualität der von den Betinalstäbehen abgesonderten Sehstoffe: in einer Störung der Assimilationsprocesse. Dass diese Störung sich in den inneren Augenhäuten abspielt und nicht in weiter rückwärts gelegenen optischen Centreu, wird sehr wahrschainlich gemacht. -

Verwunderlich erscheint mir nur, dass W. sich gleich darauf selbst zu dieser Anschauung in Widerspruch setzt, indem er unnöthiger Weise folgende Annahme macht: bei den rein functionellen Neurosen, bei denen bekanntermassen sehr häufig hemmende Einflüsse auf die verschiedensten Nervengebiete einwirken", findet eine Hemmungswirkung auf die Contren der centrifugal leitenden optischen Bahnen und dadurch ein verlangsamter Ersatz der erregbaren Substanz in der Retina statt. Danach sässe die Störung also doch in den optischen Centren; eine Annahme, die, abgesehen von dem Widerspruch, auch unnöthig ist, wie gesagt.

Die Nyktalopie, d. i. das Bessersehen bei schwächerer Beleuchtung, erklärt sich zwanglos nach Verfasser durch den verlangsamten Ersatz der Sehsubstanz. Die hysterische Amaurose trennt er als nicht zugehörig, als psychogene Erscheinung, ab.

Loewenthal (Braunschweig).

395) A. Habel: Ueber das Verhalten der Patellarreflexe bei Querschnittsunterbrechung des Rückenmarks.

(Archiv f. Psych.. Heft 1, 1896, S. 25-62.)

Das Material der Züricher Klinik an traumatischen und Compressionsmyelitiden hat Verfasser untersucht und die 21 Fälle in zwei Gruppen angeordnet.

In der ersten finden sich die 8 Fälle zusammengestellt, bei denen die Patellarreflexe vollständig erloschen und die Beine schlaff gelähmt waren. Bei allen wurde durch die Section die Affection im unteren Hals-oder oberen Brustmark localisirt. Vier von den Fällen werden als solche bezeichnet, bei denen die Rückenmarksdurchtrennung eine totale war. Bei Nr. 5 und 8 erscheint es aber bei der Kürze, mit der der anatomische Befund dargestellt wird, als nicht ganz sicher, dass es sich um vollständige Durchtrennungen handelte. Einwandsfrei in dieser Beziehung sind aber Fall 1, der als Kern der Arbeit anzusehen ist, weil ihn der Verfasser,

abgesehen von Muskeln und peripheren Nerven, einer eingehenden microscopischen Untersuchung unterwarf, und Fall 7, bei dem das Rückenmark bis auf einen dünnen Faden durchtrennt war. Bei diesen Fällen bestand ausser vollständiger motorischer und sensibler Lähmung der unteren Extremitäten, sowie einer solchen von Blase und Mastdarm Aufhebung der Patellar- und Fusssohlenreflexe und sie bestätigen damit das Bastian'sche Bei den in derselben Gruppe befindlichen Fällen, von denen wiederum einer ziemlich genau microscopisch untersucht wurde, wodurch der Verfasser die Intactheit des Lendenmarks nachwies, handelt es sich bei unvollständiger Durchtrennung des Rukenmarks gleichfalls um Ausfall der Patellarreflexe und schlaffe Lähmung der Beine. Die übrigen Lähmungserscheinungen waren verschieden stark ausgesprochen. Bei zweien -Fall 5 rechne ich hierher — waren die Fusssohlenreflexe bis zuletzt erhalten; bei mehreren war aber auch die Sensibilität völlig erloschen und so zieht Verfasser aus diesen Fällen die practisch wichtige Folgerung, dass schon eine einfache Compression des Rückenmarks ganz ähnliche Erscheinnngen hervorrufen kann wie eine vollständige Durchtrennung in der gleichen Höhe. Mit Rücksicht darauf sagt er am Schluss, dass der operative Eingriff zulässig sei in Fällen, wo man noch Sensibilität nachweisen kann, dass er aber auch bei totaler Aufhebung der Reflexe wie der Sensibilität nicht absolut contraindicirt sei.

Ferner werden in einer zweiten Gruppe 12 weitere Fälle kurz skizzirt, bei denen eine Compression des Rückenmarks bestand, aber die Patellarreflexe theils gesteigert, immer wenigstens vorhanden waren. Diese Fälle, welche sich auch in den Rahmen der bisherigen Auschauungen durchaus einfügen lassen, bringen für die Entscheidung der Frage nach dem Verhalten der Patellarreflexe bei Querschnittsdurchtrennung kein neues Material bei.

Gallus (Neuruppin).

CENTRALBLATT

füi

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

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

XX. Jahrgang.

1897 October.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

I.

Ueber die künstliche Hervorrufung der Sinnestäuschungen bei an hallucinatorischen Formen von Wahnsinn leidenden Alcoholikern.

Von Prof. W. v. BECHTERE W.

In der letzten Zeit hat Liepmann*) die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, durch Druck auf die Augäpfel Gesichtshallucinationen und Illusionen bei an Säuferwahnsinn leidenden Kranken leicht hervorzurufen, gelenkt. Dabei stellte es sich heraus, dass bei einigen Kranken auch nach dem Aufhören der acuten Periode des Säuferwahnsinns es möglich war, solche Illusionen und Hallucinationen zu erhalten. Nach den Beobachtungen des Autors unterscheiden sich solche künstlich bewirkte Sinnestäuschungen von den natürlichen durch ihren Inhalt, welcher selten aus Thieren, wie z. B. Ratten oder Mäusen, sondern im Gegentheil überwiegend aus todten Gegenständen und Menschen besteht, wobei auch die künstlich bewirkten Sinnestäuschungen keinen bedrohlichen Character zeigten, sondern zusammenhanglos und jeder schwankenden und schaukelnden Bewegung baar erschienen, welche doch nach dem Autor so characteristisch für die natürlichen Hallucinationen beim Säuferwahnsinn sind.

Nach der Ansicht des Autors kann seine Methode, falls die Patienten das Vorhandensein der Sinnestäuschungen in Abrede stellen, als diagnostisches Hilfsmittel dienlich sein.

In den durch Druck auf die Augäpfel bewirkten Visionen sieht der Autor u. A. den bestimmten Beweis einer ätiologischen Abhängigkeit der Hallucinationen von peripheren Reizungen.**)

^{*)} Vergl. Archiv für Psychiatrie' XXVII, 1.
**) Vergl. Centralblatt für Nervenheilkunde 1895, October.

Auf Grund seiner Versuche ist er auch bereit anzunehmen, dass viele von den autochthonen, keine illusorische Perception der ausseren Eindrücke darstellenden Sinnestäuschungen als illusorische Umsetzung der inneren, d. h. entorganen Erregungen erscheinen. Der Autor hält es sogar für wahrscheinlich, dass das eben der Grund überhaupt aller Sinnestäuschungen bei den periodischen Säufern sei. Zu bemerken ist, dass schon früher Einige sich für eine Abhängigkeit der Sinnestäuschungen beim Sänferwahnsinu von

peripheren Reizungen in den Sinnesorganen ausgesprochen haben.

Abgesehen von den alten Beobachtungen Jolly's, welcher bei Hallucinanten Akoasmen durch Reizung des Gehörorgans mittels des constanten Stromes*) bewirkte, und von deneu Köppe's, welcher das Auftreten der Sinnestäuschungen bei der Application des Ohrtrichters und anderen ähnlichen Manipulationen**) speciell bei den an Delirium tremens leidenden Patienten beobachtete, so giebt Näcke ***) zu, dass bei denselben die Gesichtsillusionen durch entoptische Lichterscheinungen bedingt seien. Unabhängig von den durch die Netzhauthyperämie bewirkten Funken, feurigen Kugeln etc. kann es nach Näcke leicht geschehen, dass der Augapfel mit dem Bettrande in Bertihrung kommt und somit eine peripherisch bedingte starke Lichterscheinung gegeben ist, welche dann im kranken Gehirn entsprechend umgesetzt wird.

Uebrigens ist die oben citirte Liepmann'sche Arbeit nicht ohne

Einrede geblieben.

Dr. Alzheimer†) hat sich überzeugen können, dass auf die oben angeg bene Weise Gesichtshallucinationen bei verschiedenartigen Kranken, wie z B. bei Paranoikern, Hysterischen, Epileptikern und sogar Paralytikern zu bewirken sind, weshalb er darin nichts Specifisches und Characteristisches für den Säuferwahnsinn sieht. Aber auch nach diesem Einwand und ohne die von Alzh eimer mitgetheilte Thatsache in Abrede zu stellen, beansprucht Liepmann doch für die künstlich bewirkten Gesichtshallucinationen eine gewisse diagnostische Bedeutung, ist aber weit davon entfernt, sie als eine specifische Erscheinung anzusehen. ++)

Bei meinen Beobachtungen der alcoholistischen Formen von Geistesstörung habe ich schon viele Jahre hindurch den künstlich zu bewirkenden Sinnestäuschungen meine besondere Aufmerksamkeit geschenkt; die von mir zu diesem Zwecke benutzten Methoden aber waren ganz andere. Um Gehörillusionen und Hallucinationen herbeizuführen, bediente ich mich des monotonen Tones vom Hammer des Inductionsapparates, auf welchen der Patient Acht zu geben hatte; die optischen Sinnestäuschungen erhielt ich dadurch, dass ich die Patienten eine Zeit lang einen glänzenden, in der Nähe der Augupfel befindlichen Gegenstand fixiren liess, wie das beim Hypnotisiren

^{*)} Nach Jolly handelt es sich eigentlich um Trigeminusreizung, welche reflectorisch den Hörcentren übermittelt wird. Beitr. zur Theorie der Hallucinationen. Arch. f. Psych. IV, 1874.

^{**)} Gehörstürungen und Psychose. Allg. Zeitschr f. Psych. XXIV.

***) Näcke: Beiträge zur Lehre des Delirium tremens. Deutsch. Arch. f.
klin. Med. XXV, 1880.

†) Vergl. Centralbl. f. Nervenheilk., Oct. 1895.

^{††)} Centralbl. f. Nervenheilk., März 1896.

im Gebrauch ist.*) Sowohl auf diese wie auf jene Weise gelang es mir äusserst leicht und in einigen Fällen mit auffallender Beständigkeit Sinnestäuschungen zu bewirken und zwar nicht allein während der Periode des Säuferwahnsinns, sondern auch eine geraume Zeit nach dem Aufhören der Sinnestäuschungen. Ich habe Patienten gehabt, bei welchen nach überstandenem Delirium tremens schon keine einzige krankhafte Erscheinung mehr vorhanden war und trotzdem genügte es, dass der Kranke nur etwas auf das Geräusch des Inductionsapparates hinhorchte, als er schon darin eine Stimme vernahm, welche diese oder jene Worte sprach. Ebenso traten beim Fixiren eines glänzenden Gegenstandes bei solchen Kranken diese oder jene Visionen anf, z. B. irgend welche Gegenstände, Physiognomien etc. Derartige Erscheinungen Seitens des Gehör- und Sehorgans nach überstandenem Delirinm tremens halten verschieden lange an: zuweilen überdauern sie nur einige Tage das Delirium, ein anderes Mal aber gelangen sie Wochen, ja sogar einige Monate hindurch zur Beobachtung. In den Fällen endlich, in welchen die Sinnestäuschungen nach dem Delirium tremens bei den Alcoholikern zu einer beständigen Erscheinung werden, ist auch diese auffallende Neigung zum Eintritt der Sinnestäuschungen im Gehöroder Sehorgan oder auch in einem derselben unter den angegebenen Bedingungen stets vorhanden.

Ein eclatantes Beispiel eines ähnlichen Zustandes bietet der bei der Betrachtung der Frage "Ueber das Hören der eigenen Gedanken" **) angeführte Patient. Wir sahen, wie bei diesem Kranken viele Jahre nach einem Anfalle von acuter hallucinatorischer Psychose alcoholischen Ursprungs Hallucinationen bestanden, welche sich fast ausschliesslich auf das linke Ohr beschränkten. Schon nach kurz dauerndem Fixiren eines glänzenden Gegenstandes erschien bei ihm zuerst die Vision einer doppelten Uhr, dann, ein anderes Mal, die eines stark gesticulirenden Menschen, fernerhin die eines Mannes mit Kindern etc. Unter gleichen Bedingungen gelangten ähnliche Erscheinungen auch in anderen analogen Fällen zur Beobachtung.

Genau ebenso ruft bei solchen Kranken das Hinhorchen auf das monotone Vibriren des Inductionsapparates schon nach Verlauf einer kurzen Zeit Gehörstäuschungen hervor. In einigen Fällen bewirkt schon das Hören eines jeden beliebigen Tones, auf welchen der Patient seine Aufmerksamkeit concentrirt, Gehörsillusionen dieses oder jenes Inhalts.

Was den Character der bei den Alcoholikern künstlich durch oben angegebene Reizungen hervorgerufenen Sinnestäuschungen anbetrifft, so ist zu bemerken, dass sie, wie Liepmann auch angiebt, im Gegensatz zu den natülichen bei den alcoholistischen Formen der Geistesstörung sich äussernden Sinnestäuschungen thatsächlich meist weder Bedrohliches noch kaum irgend etwas Unangenehmes für den Kranken enthalten.

In Bezug auf die Ursache der künstlichen, auf die oben angeführten Arten bewirkten Sinnestäuschungen wird es wohl nicht angehen, dieselben allein auf eine erhöhte Erregbarkeit der Sinnesorgane selbst zurückzuführen,

**) Vergl. Obosrenje psichiatrij Nr. 10, 1896.

^{*)} Um acustische Sinnestäuschungen zu bewirken, könnte man aller Wahrscheinlichkeit nach jedes dauernd monoton tönende Instrument, wie z. B. die electrische Stimmgabel etc. ebenso bequem in Anwendung bringen.

sondern es wird wohl und zwar in einem weit höheren Grade hier auf den Einfluss der gespannten Aufmerksamkeit ankommen. Die oben angeführten Reizungen erweisen sich nämlich gewöhnlich nur in dem Falle als wirksam, wenn die Patienten ihre Aufmerksamkeit auf dieselbe concentriren; im entgegengesetzten Falle aber sind dieselben Reizungen nicht im Stande, Sinnestänschungen zu bewirken. Welche Bedeutung man auch den inneren Reizungen der peripheren Organe bezüglich des Ursprungs der Sinnestäuschungen beilegen möge, so unterliegt es doch keinem Zweifel, dass bei dem Auftreten der Sinnestäuschungen in den oben erwähnten Fällen auch die übermässige Erregbarkeit der psychischen Centren eine gewisse Rolle spielt: unter dem Einfluss der auf diese oder jene ausseren Eindrucke gerichteten Aufmerksamkeit gerathen sie in einen Zustand von pathologischer Erregung. Was endlich die Frage nach der diagnostischen Bedeutung der künstlich bewirkten Sinnestäuschungen für alcoholistische Formen der Geistesstörungen anbetrifft, so sprechen meine Beobachtungen entschieden zu Gunsten der Auffassung, dass dieselben im Allgemeinen ein ziemlich oft vorhandenes Symptom der hallucinatorischen Formen besonders alcoholischen Ursprungs bilden, obwohl es auch keinem Zweifel unterliegen kann, dass in gewissen Fällen auch bei anderen Formen der Geistesstörungen ähnliche Erscheinungen auftreten können.

II.

Ueber den suggestiven Einfluss der acustischen Sinnestäuschungen.

Von Professor W. v. BECHTEREW.

Schon viele Autoren haben ihr Augenmerk auf die Thatsache gerichtet, dass Geisteskranke, die ihre Intelligenz bewahrt, in ihren Delirien mit einer mehr oder weniger gesunden Logik schlechterdings unvereinbare Ungereimtheiten zulassen.

Ganz besonders scharf war das in einem von uns beschriebenen Falle von Hören der eigenen Gedanken ausgeprägt. Unser Patient, ein, wie wir gesehen, äusserst intelligentes, auch während seiner Krankheit vollkommen correct über alle mit seinem Delirium in keiner Beziehung stehenden Gegenständen discutirendes Subject, behauptete nichtsdestoweniger die positive und Jedermann evidente Ungereimtheit, dass sich in seinem linken Ohre oder in der Nähe desselben irgend ein unsichtbares, mit menschlicher Stimme redendes und seinen ganzen Organismus beherrschendes Wesen angesiedelt Es sei bemerkt, dass bei unserem Patienten der Wahn sich fast nur auf diese eine Idee beschränkte und dass während der ganzen Beobachtungsdauer bei ihm nur das Gehör allein und dabei nur an einer Seite von Hallucinationen befallen war, und trotzdem konnte er sich ungeachtet seiner Intelligenz von derselben nicht befreien. Der richtigen Einsicht von der Unmöglichkeit eines solchen Wesens entgegnete er nur mit Voraussetzuages oder Fragen, welche ihm aber keine Möglichkeiten gewährten, diese Idee losznwerden.

Sein Memoire schliesst er u. A. mit dem Wunsche, dass seine Bekenntnisse der Wissenschaft von Nutzen seien und falls es sich um eine in der medicinischen Praxis noch nicht beobachtete Erscheinung handle, fügt er naiv hinzu, so wird sie zu Nutzen Anderer aufgeklärt werden. An einer anderen Stelle ruft der Patient in Bezug auf sein Wesen aus: "Giebt es denn nicht in der Medicin nicht wenig Unerforschtes?" Trotzdem somit der Patient seine Logik nicht auf etwas Positives, sondern auf phantastische Hypothesen und naive Fragen stützen muss, hängt er doch fest an seiner krankhaften Idee und auf meine wiederholten, vor dem ganzen Auditorium gemachten Behauptungen von der Fehlerhaftigkeit seiner Ansicht, wies er auf Galilei und erklärte, dass, wie Jener behauptet hat, dass die Erde sich drehe, so müsse auch er bei dem Seinigen bestehen, d. h. dass das Wesen in seinem linken Ohre thatsächlich vorhanden sei.

Gewöhnlich wird behauptet, dass die Hartnäckigkeit der durch Sinnestauschungen bedingten Wahnideen darauf beruht, dase die von den Sinnesorganen gelieferten Beweise den Kranken viel überzengender erscheinen, als die Behauptungen anderer Personen. In der That besitzt dieser Umstand in vielen Fällen eine ungeheure und unbedingte Wichtigkeit, besonders aber dort, wo die Hallucinationen ungewöhnlich lebhaft und zahlreich sind und viele Sinnesorgane befallen, in Folge wovon die hallucinatorischen Gebilde an überzeugender Kraft gewinnen und zugleich die Patienten jeder Möglichkeit einer regelrechten Controlle Seitens der nicht afficirten Sinnesorgane berauben. In unserem Falle war aber nichts Aehnliches vorhanden: die Hallucination concentrirte sich, wie erwähnt, hauptsächlich auf eines der Sinnesorgane, nämlich auf das Gehör und dabei an einer Seite; dazu kommt noch, dass der Patient die volle Möglichkeit hatte, sich von dem krankhaften Ursprunge seiner Gehörshallucination zu überzeugen, weil ja in seinem linken Ohre ein Geräusch, ein Pfeisen zu hören und das Gehör augenscheinlich geschwächt war, dabei abnorme Hautempfindungen im äusseren Ohre und in den der Ohrmuschel benachbarten Theilen auftreten etc. Kurzum, bei dem Patienten besteht eine Reihe krankhafter, dem Verständniss eines Jeden zugänglicher Erscheinungen, gar nicht zu reden von der Möglichkeit einer mehr oder weniger regelrechten Controlle Seitens aller übrigen Sinnesorgane, und doch ist er von der Richtigkeit seiner unsinnigen Idee, von der Anwesenheit eines besonderen Wesons in seinem linken Ohre fest überzeugt.

Eine solche Hartnäckigkeit der Ideen trotz ihrer evidenten Ungereimtheit erinnert an die suggerirten Ideen der Hypnotiker. Bekanntlich werden letztere gleichfalls eine gewisse Zeit hindurch trotz ihres offenen Widersprachs mit gesunder Logik fest im Bewusstsein behalten. Augenscheinlich beruht die Intensität der suggerirten Idee hauptsächlich darauf, dass die in einem besonderen Bewusstseinszustand gemachte Einflüsterung hernach ganz unabhängig von dem "Ich" des Suhjects in die Bewusstseinssphäre dringt, weshalb es dieses eingeimpfte Product des Bewusstseins sohwach zu beeinflussen im Stande ist. Und waltet denn nicht Gleiches bei Hallucinationen? Letztere, ein Product der unbewussten psychischen Thätigkeit, treten genau ebenso als etwas ganz Unabhängiges vom "Ich" des Subjects in die Bewusstseinssphäre, weshalb sie eben in gewissen Fällen das Bewusstsein des

Digitized by GOOGLE

Patienten mit solchem Ungestüm unterjochen und das sogar wider seine Logik und seinen gesunden Sinn, welcher in solchem Falle mit dem neuen Gast des Bewnsstseins schnell und leicht diesen oder jenen Compromiss eingeht. Mit einem Worte, als eine von den Ursachen der deprimirenden Wirkung der Hallucinationen auf das Bewusstsein der Geisteskranken erscheint meiner Meinung nach der Umstand, dass ihre hallucinatorischen Gebilde, weil aus der unbewussten Sphäre stammend, eben deshalb schon über das Bewusstsein und den Willen so schnell die Herrschaft erlangen, ähnlich wie die suggerirten Ideen, ins Bewusstsein gelangt, dasselbe sogar, ungeachtet dessen, dass sie mit der gesunden Logik und mit den Ueberzengungen der gegebenen Person unvereinbar sind, unterjochen.

Der Character der Hallucinationen selber erinnert in ähnlichen Fällen an wirkliche Suggestionen: unser Kranker z. B. hört auf einmal ein fast beständiges Hersagen folgenden Inhalts: "Gehe nicht in die Klinik, man wird uns nicht finden oder nicht verstehen, Du aber wirst gleichviel sterben. Du fürchtest also nicht den Tod? Wohin gehen aber wir? Wir sind doch

auch Wesen!" etc.

Augenscheinlich wirkt das Hören solcher Phrasen ebenso wie eine Suggestion und impft dem Patienten Ideen ein, welche unter anderen Bedingungen durch das Bewusstsein des Patienten leicht berichtigt würden.

Von jeher ist es aber schon bekannt, welchen magischen Einfluss abgebrochene Gehörhallucinationen im befehlenden Tone (tödte! "zunde an!") auf die Patienten ausüben, welche nicht selten das Bewusstsein des Patienten plötzlich in Auspruch nehmen und zuweilen sogleich auch zu verbrecherischen Handlungen führen. In ähnlichen Fällen ist der suggestive Character der Sinnestäuschungen bis zur Evidenz klar. In anderen Fällen sind die Patienten selber vollkommen ihrer Unfähigkeit, der unterjochenden Einwirkung der acustischen Sinnestäuschungen zu widerstehen, bewusst und behaupten, dass ihnen fremde Gedanken suggerirt werden.

In unserem Falle äusserte sich der suggestive Einfluss der Sinnestäuschungen nicht allein in Bezug auf die Entwickelung des Deliriums, sondern dieselben machten nach der Aussage des Patienten das Denken aufhören und beeinflussten auch die psychische Sphäre, indem sie z. B. das Gesicht bezüglich gewisser Gegenstände verdunkelten, was gauz an die Erscheinung, welche in der Hypnose unter der Bezeichnung negativer Hallacination bekannt ist, erinnert, oder aber sie bewirken besondere Veränderungen in der Muskelspannung der unteren Extremitäten, wodurch das Gehen erschwert wurde, auch riefen sie Zittern der Hände beim Schreiben oder Vertaubung der Finger hervor. Dass es sich in diesem Falle um eine wirkliche im wachen Zustande stattfindende Suggestion Seitens der Sinnestäuschungen handelt, wird leicht durch den Umstand bewiesen, dass vor der zeitweiligen Gesichtsverdunkelung, vor diesen oder jenen motorischen und sensiblen Störungen jedesmal Stimmen gehört werden, welche das Eintreten der entsprechenden Erscheinungen ankündigten.

Besonders häufig gelangt bei derartigen Kranken ein Einfluss der Gehörshallucinationen auf die Schmerzempfindungen zur Beobachtung: im vollen Sinne des Wortes werden dieselben durch Stimmen, welche den bevorstehenden Eintritt dieser Schmerzempfindungen verkündigen, suggerirt.

II. Sammelreferat.

397) H. Ch. Bastian: The Lumleian lectures on some problems in connexion with aphasia and other speech defects. (1)

(Lancet 1897, April, May.)

398) Derselbe: On a case of amnesia and other speech defects of eighteen years duration with autopsy. (2)

(Medico-chirurgical Transactions. Vol. 80.)

399) F. Sano: De l'interdépendance fonctionelle des centres corticaux du langage.

(Journal de neurologie et d'hypnologie 1897, Nr. 13.)

400) Crocq fils: Des diverses variétés d'aphasie. Un cas de cécité verbale corticale avec agraphie et aphasie motrice sus corticales. (4) (Journal de neurol. et d'hypnol. 1897, Nr. 9.)

401) F. Sano: Présentation d'un cas d'aphasie motrice. (5)

402) Crocq fils: A propos du cas d'aphasie sensorielle présenté par M. Sano. (6)

(Journal de neurol. et d'hypnol. 1897, Nr. 10, 11.)

Die Aphasiefrage scheint, namentlich in England und Frankreich, erneutem Interesse zu begegnen und neue Discussionen hervorzurufen. Wir berichteten bereits über eine zusammenhängende Darstellung derselben, die der Feder Mirallié's entstammend, uns mit Déjérine's Ansichten bekannt machte (dieses Centralblatt 1896, p. 575). Unter den vorliegenden Arbeiten finden wir drei, die das Thema in seiner Allgemeinheit behandeln, die Arbeit von Bastian1), die bei weitem die umfassendste ist und die einschlägige Casuistik voll berücksichtigt, und die von Sano⁸) und Crocq fils4), die ihre allgemeinen Erörterungen der Vorstellung je eines Falles anschliessen.

Crocq erweist sich als Anhänger der Charcot'schen Schule; er sucht festzustellen, dass die Störungen seines Falles in keines der von Miraillie aufgestellten Schemata, wohl aber in das von Grasset im Auschlusse an die Charcot'sche Lehre aufgestellte passen, und er glaubt auf diese Weise die Richtigkeit dieser letzteren nachgewiesen zu haben. Die ganze Beweisführung scheint nicht geglückt, auf einige Punkte hat Sano⁸) hingewiesen. Die Auffassung des Falles selbst giebt Einwendungen Raum.

Es handelt sich um einen 67 jährigen Mann, bei dem seit einem Jahre folgende Störungen bestehen: Paraphasie bei spontanem Sprechen, während das Nachsprechen völlig intact ist, keine Worttaubheit, dagegen Wortblind-

heit, Paragraphie, Dictatschreiben gut, Copieren schlecht.

Schon von Sano wird bemerkt, dass das Wortverständniss doch nicht völlig intact und das Nachsprechen ebenfalls wohl kaum ganz ohne Störung ist, so dass sich der Fall immerbin als Aphasie seasorielle im Sinne Déjérine's mit besonderer Schädigung des Wortbildcentrums auffassen liesse. Freilich ist zuzugeben, dass der Fall in das Grasset'sche Schema sich besser einfügt. Aber dieses Schema ist auch so construirt, dass jede auf dem Gebiet des Sprechens, Lesens oder Schreibens mögliche Störung in demselben ohne Weiteres localisirbar ist, indem jedes der vier

Digitized by GOOGLE

angenommenen Centren — motorisches Sprach-, Wortklang-, Wortbild- und Schreibeentrum — ohne Rücksicht auf anatomische und physiologische Verhältnisse mit jedem der anderen Centren verbunden ist. Auf diese Weise freilich wird die Zerlegung eines jeden aphasischen Symptomencomplexes eine recht einfache Sache; aber Anatomie und Physiologie bleiben unberücksichtigt.

Sano vertritt in seiner Arbeit (3) und in der Discussion mit Crocq (5) im Wesentlichen den Déjérine'schen Standpunkt und geht von einem Fall von "aphasie vraie sensorielle" aus - Worttaubheit, Paraphasie, Agraphie und Alexie. Die genau ausgeführte microscopische Untersuchung ergab einen Erweichungsherd im Gyrus supramarginalis und Gyrus temporalis superior, die graue Rinde beider Windungen ist zerstört, ausserdem sind sie in der Tiefe von ihren Verbindungen abgetrennt; degenerirt sind der Fasciculus longitudinalis inferior und superior, die Radiatio thalamooccipitalis und ein geringer Theil des Tapetum. - Das Wortbild setzt sich nach Auffassung des Verfassers aus drei Componenten zusammen, die in drei verschiedenen Centren localisirt sind, von denen das motorische in der Broca'schen, das acustisch-sensorische in der Wernicke'schen Windung und das optisch-sensorische in dem Lobulus parietalis inferior liegt. Annahme eines gesonderten Schreibeentrums scheint nicht berechtigt. Zusammenwirken dieser Centren ist ein so enges, dass Störung in einem derselben stets auch die anderen schädigt, wenn auch ohne Frage das sensorisch-acustische Centrum für die Erhaltung des Wortbegriffs von der grössten Wichtigkeit ist.

Neben den durch Affection der Centren selbst bedingten centralea Aphasien kommen noch durch Zerstörung der zuleitenden Bahnen bedingte Leitungsaphasien vor. Bis hierher sind Sano's Ansichten mit den Déjérine'schen identisch. Während Verfasser das Vorhandensein eines besonderen Ideencentrums mit gutem Grunde zurückweist, versucht er dagegen, die neue Flechsig'sche Lehre der übergeordneten Associationscentren für die Lehre von der Aphasie fruchtbar zu machen, ein Versuch, der namentlich auch im Hinblick darauf, dass die anatomischen Angaben Flechsig's nicht ohne Widerspruch geblieben sind, etwas verfrüht erscheinen dürfte.

Aus der ausführlichen Veröffentlichung Bastian's (1) können wir im Rahmen eines Referates leider nur einige wenige Punkte hervorheben. B. lässt das innere Wortbild aus 4 Componenten sich zusammensetzen, die er in 4 verschiedenen Centren entstehen lässt. Der Begriff des Centrums wird dabei dahin definirt, dass es sich um einen structurell und functionell einheitlichen Zell- und Fasermechanismus ohne scharfe topographische Grenzen handelt. In diesen 4 Centren sind localisirt 1. die acustischen Gedächtnissspuren des gesprochenen Wortes — Gyrus temporalis superior in seinem hinteren Theil, 2. die optischen des geschriebenen resp. gedruckten Wortes — Gyrus angularis und vielleicht auch supramarginalis —, 3. die Bewegungsempfindungen, herrührend von dem gesprochenen Wort — Broca'sche Windung, Gyrus frontalis inferior — und 4. die Bewegungsempfindungen, herrührend von dem geschriebenen Wort — vielleicht im Gyrus frontalis medius. — Verfasser legt besonderen Werth darauf, dass die letzteren beiden

Centren nicht als motorische anzusehen sind und er bezeichnet sie demgemäss als glosso- resp. cheirokinästhetisches Centrum.

Die einzelnen Centren liegen an den Grenzen der betreffenden allgemeinen Wahrnehmungscentren, gleichsam als Adnexe der letzteren, mit denen sie in engem functionellen Zusammenhange stehen. Wenn sie auch alle vier bei Erzeugung des Wortbildes zusammenwirken, so sind sie doch durchaus nicht als gleichwerthig anzusehen. Die Erregung bei Entstehung eines Wortes beginnt nämlich meist im Gehörcentrum und breitet sich von da aus auf das glossokinästhetische Centrum einer-, auf das optische Centrum andererseits aus; nur beim Schreiben wird das letztere stärker erregt und die Erregung pflanzt sich dann noch auf das cheirokinästhetische Centrum fort. Freilich giebt es wohl vereinzelte Fälle, in denen die optische Componente ein gewisses Uebergewicht erlangt und die führende Rolle übernimmt; dagegen leugnet B. die Möglichkeit, dass auch die kinästhetischen Centren und speciell das Broca'sche jemals soweit vollständig werden, um ihrerseits primär den Wortbegriff hervorrafen zu können. Die Charcotsche Lehre von den auditifs, visuels, moteurs und indifférents wird also in ihren wesentlichen Punkten zurückgewiesen. - Da die Wortbegriffe mit den Begriffen der äusseren Gegenstände in mannigfacher Weise associirt sind, so strömen während des Sprechactes auch zu den verschiedenen anderen sensorischen Centren fortwährend Erregungen, und auch schon bei einfachen Denkprocessen wirkt so die ganze Hirnrinde mit und zwar nicht nur die der linken Seite; denn wenn auch die Sprachcentren hauptsächlich in der linken Seite localisirt sind, so weisen doch physiologische und pathologische Erfahrungen darauf hin, dass die entsprechenden rechtsseitigen Hirntheile beim Sprechacte in unterstützender und dort, wo die linken Sprachcentren zerstört sind, in mehr selbstständiger Weise vicariirend mitwirken. diesem vicariirenden Eintreten der rechtsseitigen Centren findet B. auch die Erklärung für die Besonderheiten seines in 2 mitgetheilten Falles, wo trotz ausgedehnter Zerstörung des acustischen und optischen linken Wortcentrums das Verständniss für gehörte und gelesene Worte erhalten blieb.

Zu den einzelnen Formen der Aphasie übergehend, behandelt B. zunächst die durch Zerstörung des Broca'schen Centrums bedingten, für die allein er den Namen Aphasie reservirt wissen will, während er für die subcorticale motorische Aphasie den Namen Aphemie vorschlägt und die grosse Gruppe der centralen sensorischen Aphasien als Amnesien bezeichnet. Viel Nachahmung dürfte diese Nomenclatur wohl kaum finden.

Die Schädigung des Broca'schen Centrums bewirkt eine mehr oder weniger weitgehende motorische Aphasie. Dagegen ist, und in diesem Punkte weicht Bastian's Lehre von der üblichen ganz ab — Agraphie nicht die Folge einer Zerstörung des Broca'schen Centrums, sondern das hänfige Zusammenvorkommen beider Störungen nur die nothwendige Folge des naben Zusammenliegens beider Centren. Ob im Uebrigen ein specielles cheirokinästhetisches Centrum abgesondert von dem allgemeinen Centrum für die Handbewegungen besteht oder ob die Schreibbewegungsempfindungen unentwirrbar mit den übrigen Bewegungsempfindungen des linken Handcentrums vermischt liegen, will B. nicht mit Sicherheit entscheiden. Bezüglich dieses Punktes imputirt Verfasser aber Wernicke und Déjérine Absichen,

die diese nirgends und niemals geäussert haben; er macht nämlich die Annahme, dass jene Autoren sich den Vorgang beim Schreiben so denken, dass vom optischen Centrum aus direct die für die Schreibbewegungen nöthigen Centren im Rückenmarke — ohne Dazwischenkunft irgend eines corticalen Centrums — innervirt werden. Diese Auffassung weist er mit scharfen Worten zurück, aber es ist klar, dass seine Auffassung der Wernicke-Déjérine'schen Lehre auf einem schweren Missverständniss beruht. —

Noch eingehender werden die Störungen der eigentlichen sensorischen Wortcentren behandelt. B. nimmt ein specielles Centrum für die Bachstabenbilder an und localisirt dasselbe im Gyrus angularis resp. supramarginalis, auch hier im Gegensatz zu Wernicke und dessen zuletzt von Redlich entwickelten Anschauungen. Zunächst werden die functionellen und partiellen Störungen des acustischen Wortcentrums abgehandelt. Als Resultat derselben ergiebt sich nach B. eine Amnesia verbalis - er sucht diesen Ausdruck gegen sofort sich aufdrängende Einwendungen zu vertheidigen. - Diese Amnesia verbalis äussert sich besonders in der Unfähigkeit, Eigen. namen und die Worte für concrete Gegenstände zu finden, während Adjectiva, Verba, Pronomina besser erhalten bleiben. - Eine Zerstörung des acustischen Centrums bewirkt Worttaubheit. Was die von der Zerstörung des Centrums abhängigen Functionen des motorischen Sprechactes betrifft, so äussern sich diese klinisch in mannigfacher Weise, und zwar sowohl in Form von completer Aphasie und von Paraphasie, als auch so, dass überhaupt nur eine ganz geringe Störung dieser Function eintritt. Eine Ecklärung für diese klinisch sicher gestellten Verschiedenheiten sucht B. im Folgenden zu finden: Bei der Abhängigkeit des Broca'schen Centrums von dem aoustischen Wortcentrum wäre zunächst anzunehmen, dass die Folge der Zerstörung des letzteren stets eine völlige Aphasie sein müsste. Aber häufig treten dann gerade hier Substitutionsvorgange ein. Zunächst einmal, genommen, das acustische Centrum wäre nicht völlig zerstört, dann könnte es in Gemeinschaft mit der Wirkung des optischen Centrums das Sprechen in der Form der Paraphasie ermöglichen, - oder es könnte in einzelnen Fällen das optische Centrum allein die Rolle des acustischen Centrums Vor Allem aber kommt auch hier wieder das vicariirende Eintreten des rechtsseitigen acustischen Centrums in Betracht. Der Symptomencomplex der corticalen sensorischen Aphasie, wie ihn Wernicke fixirt hat, ist nach dieser Lehre nicht eindeutig durch Zerstörung des hinteren Theils des Gyrus temporalis I bedingt, sondern es kommen hier mannigfache und individuell oft sehr verschieden gestaltete Bedingungen zusammen, um das Bild der Zerstörung des linksseitigen acustischen Wortcentrums zu einem sehr wechselnden zu gestalten. Denn auch die Wortblindheit ist nach B.'s Auffassung nicht eine nothwendige Folge der Zerstörung der Wernicke'schen Windung, sondern nur eine verhältnissmässig häufige und bei den nahen functionellen und topographischen Beziehungen leicht erklärliche.

Die Zerstörung des im Gyrus angularis oder vielleicht auch supramarginalis gelegenen optischen Centrums bedingt Wortblindheit. Aber da die Bedeutung dieses Centrums für den Sprachbegriff eine bedeutend geringere

Digitized by GOOGIC

ist, als die des acustischen Centrums, so ist die Sprache selbst nur sehr wenig gestört. Höchstens kommt es zu einer Andeutung von Paraphasie. Wichtig sind dagegen die häufigen Störungen des Schreibeus, und zwar kann die Zerstörung des optischen Centrums Alexie mit und ohne Agraphie Eine Erklärung dieser Verschiedenheiten sucht B., hier in directem Widerspruch zu Dejerine's Unterscheidung einer Alexie mit Agraphie durch corticale, einer Alexie ohne Agraphie durch subcorticale Schädigung des Centrums, durch individuelle Verhältnisse zu geben. Bei Personen nämlich, die viel schreiben, meint B, wird die Thätigkeit des optischen Centrums beim Schreiben im Laufe der Zeit eine sehr geringe und das acustische Wortcentrum wirkt dann direct auf das cheirokinästhetische, nicht wie sonst stets auf dem Umwege über das optische Centrum. Die bisher gemachten Beobachtungen von Alexie ohne Agraphie betreffen in der That nur gebildete und mit dem Schreiben vertraute Personen, ein Punkt, auf den übrigens vordem schon Redlich (Ueber die sogenanute subcorticale Alexie [Obersteiner's Arbeiten III]) aufmerksam gemacht hat und den er auch zur Erklärung der beobachteten Verschiedenheiten in ähnlicher Weise wie B herangezogen hat.

Ausser durch Zerstörung der Centren selbst können dieselben ausser Wirksamkeit gesetzt werden durch eine Zerstörung ihres Marklagers. Es kommt auf diese Weise zu den sogenannten subcorticalen sensorischen Aphasien. Für die subcorticale sensorische acustische Aphasie führt B. den Lichtheim'schen Fall an; die Arbeit von Freund, die die Frage von neuen Gesichtspunkten aus behandelt, wird nicht erwähnt. Die Abtrennung des linken Wortbildeentrums von seinen Verbindungen ergiebt den Symptomencomplex der subcorticalen Alexie, da aber, wie B. gezeigt hat, Alexie ohne Agraphie auch durch corticale Herde bedingt sein kann, so ist der Name subcorticale Alexie nicht gut und besser in Anlehnung an Déjérine's Nomenclatur durch reine Wortblindheit ("pure word-blindness") zu ersetzen. Bei der Erklärung der subcorticalen Formen der Aphasie weicht B., da er auch hier überall ein doppelseitiges Vertretensein der Sprachcentren voraussetzt, naturgemäss auch von der üblichen Auffassung ab.

Im Verlauf seiner Abhandlung sucht B. überall die von ihm geäusserten Ansichten aus zahlreichen eigenen und fremden Beobachtungen abzuleiten und so überall im intimen Zusammenhange mit der Klinik zu bleiben. In unserem Referate konnten wir natürlich nur die Hauptlinien seiner Ausführungen andeuten, ohne auf seine Beweisführung irgendwie näher einzugehen. —

Cassirer (Berlin).

III. Original-Vcreinsberichte.

I.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 26. Juni 1897.

403) Vor der Tagesordung stellt Fränkel einen Fall von Muskelatrophie mit Geistesstörung vor. Der 28jährige Mann soll seit 6 Jahren psychisch erkrankt sein. Nach einer anfänglichen Depression, in welcher Patient mehrere Selbstmordversuche machte, trat später mehr ein Erregungszustand auf und es entwickelte sich allmählich eine circulare Psychose. Ausser der geistigen Verwirrtheit leidet er nun seit 15 Jahren ap einem Muskelschwund, der eine ausserordentliche Ausdehnung an Stamm und Extremitäten angenommen hat. Neben der Atrophie der Muskeln ist eine starke Atrophie der Knochen eingetreten, was namentlich an den Röhrenknochen des Arms hervortritt. Pseudohypertrophie ist nur an einer Stelle nachweisbar. Erhebt sich der Patient, so wirft er meist die linke Körperhälfte nach rechts hinüber und sucht Stützpunkte mit den Händen zu gewinnen. Die Sensibilität ist, so weit sich bei der Verworrenheit des Patienten prüsen lässt, ohne Besonderheit. Die electrische Erregbarkeit ist überall da herabgesetzt, wo Atrophien vorhanden sind. E. A. R. besteht nirgends. Der Patient soll seinen Ursprung einem ausserehelichen Beischlaf verdanken. Aetiologisch ist nichts nachweisbar. Keines seiner Familienmitglieder hat eine ähnliche Erkrankung gehabt. Die Nachforschungen nach

Syphilis, Potus oder Traumen lassen im Stich.
404) Moeli berichtet im Anschluss an einen früher mitgetheilten Fall über einen zweiten solchen, in welchem der Ehefrau eine Verletzung von ihrem Manne, einem Alcoholisten beigebracht wurde. Für die That bestand Amnesie. Der etwa 40 jährige Mann hatte im vorigen Jahre ein hypochondrischneurasthenisches Leiden. Seit längerer Zeit besteht ein gespanntes Verhältniss

neurastnenisches Leiden. Seit langerer Zeit besteht ein gespanntes verhaltniss zwischen den Eheleuten. Aus unbedeutenden Anlässen hatte der Mann grosse Wuthanfälle, drohte der Frau und misshandelte sie. Eines Tages erschien er mit einem Revolver, schrieb noch etwas auf ein Packblatt und schoss mit den Worten: "Ich schiesse durch die Scheibel" — womit er eine in die Thür eingelassene Scheibe meinte — auf seine Frau. Der Mann hatte zu trinken angefangen, um Ruhe zu bekommen. Die psychische Störung vor dem Attentate bestand in Angstzuständen, welche den Kranken bei jedem Sinneseindruck zusammenschrecken, zittern machten. Bezüglich der forensischen Beurtheilung sei ersichtlich, dass die That einem Gedankengang entspreche, welcher den Betreffenden ausserhalb dieser Zeit lebhaft

beherrscht habe. An Epilepsie könne in diesem Falle sicher nicht gedacht werden.

Tagesordnung:

405) Juliusburger: Demonstration.

Der Fall, von dem die Präparate stammen, bot im Leben eine Atrophie der linken Zungenhälfte dar. Bei der Section fand sich ein hühnereigrosses Carcinom an der Schädelbasis zwischen Felsenbein und Medulla ohlongata,

welches als Metastase eines primären linksseitigen Nierencarcinoms angesprochen werden musste. Durch Druck der Geschwulst waren die extramedullären Hypoglossusfasern links atrophisch geworden. Aber es ergab sich bei der microscopischen Untersuchung auch eine hochgradige Veränderung der innerhalb gelegenen Wurzeln, sowie des Hypoglossuskerns der linken Seite. Die äussere Form der Zellen zeigt beträchtliche Unterschiede. Rechts sind grosse multipolare Ganglienzellen, links in hohem Grade verkleinerte, fortsatzarme, oft abgerundete Zellen sichtbar. Rechts bemerkt man Granula, links eine feine, staubförmige, diffus vertheilte Körnung. Kern und Kernkörperchen erscheinen ihrerseits verkleinert und oft randständig. Man habe es mit einer Atrophie der extranucleären Hypoglossusfasern, sowie mit einer Vermehrung des Bindegewebes im Kern zu thun. Vortragender knüpft an den Fall weitere theoretische Erörterungen und hält eine retrograde Degeneration für vorliegend.

406) Kaplan: Ueber functionelle psychische Erscheinungen bei einem Falle von Hirntumor.

Das 34jährige Hausmädchen, um welches es sich handelt, ist hereditär belastet. Grossvater Potator. Eine Schwester litt an Krämpfen. Patientin selbst ist im 18. Lebensjahre einmal plötzlich umgefallen. Im 29. Jahre stellte sich eine Veränderung ihres Wesens ein. Sie wurde heftig, leicht reizbar. Nach einer Lachgasnarcose gelegentlich einer Zahnextraction traten Anfälle ein, in denen sie Stimmen hörte, in einer ganz anderen Welt zu sein glaubte und ein ängstliches Gefühl auf der Brast hatte. Seit dieser Zeit litt sie an Kopfschmerzen, die sich steigerten. Im 32. Jahre begann das rechte Bein zu zittern, es setzten Schwindelgefühl und leichte Gedächtnissschwäche ein. 1896 wurde in der Irrenanstalt Herzberge folgender Befund erhoben: Die Patientin wechselte rasch die Farbe, schwitzte sehr stark beiderseits; Lichtreaction auf beiden Augen träge, Augenhintergrund ohne Störung, rechte Nasolabialfalte deutlich flacher als die linke. Die Zunge wird nach rechts herausgestreckt. Die Sprache ist zeitweilig ein wenig langsam. Die rechte obere Extremität befindet sich in Bewegung von 120 bis 130 Oscillationen in der Minute. Spontan klagt sie über eine leichte Ermüdbarkeit des rechten Beins und Arms. Die Bewegungen hören auf, wenn der Arm erhoben wird, bestehen fort, wenn er sich in Ruhe befindet. Während der Untersuchung wird die Patientin dunkelroth, rollt mit den Augen und erklärt nachher, sie habe wieder ihre Stimmen gehört. mehr als ein Jahr umfassenden ersten Stadium der Krankheit überwiegen die functionellen Erkrankungen, die organischen treten zurück, im zweiten treten die letzteren mehr hervor. Im ersten ist das psychische Verhalten durch ausserordentliche Reizbarkeit characterisirt. Die Kranke übertreibt, liegt in beständigem Krieg mit den Mitpatientinnen, bekommt, wenn sie nicht genügend beachtet wird, die Anfälle von Stimmenhören, kurz, ihre Stimmung bewegt sich zwischen allen Extremen. Das verschiedene Formen annehmende Zittern ist vor Allem in hohem Maasse suggestiv zu beeinflussen und vorübergehend vollkommen zum Stillstand zu bringen. Von organischen Symptomen treten 3 hervor: 1. epileptoide Aufälle, wobei das Zittern sistirt, 2. vorübergehende Zustände von motorischer Aphasie, 3. auffallender Mangel von mimischen Bewegungen. Von August 1896 an beginnt

das zweite Stadium der vorwiegend organischen Störungen. Es treten Herdsymptome auf, Erbrechen, Pulsverlangsamung, schwere Besinnlichkeit, kurz der Zustand, wie er häufig bei schweren Tumorkranken zu beobachten ist. Dauernde leichte Benommenheit. Linksseitige Anosmie, rechtsseitige Hemianopsie, Parese des rechten Arms und Beins. Zu dieser Zeit ist typische Stauungspapille nachweisbar. Die functionellen Erscheinungen treten immer mehr zurück, bestehen in Mangel an Anspruchslosigkeit an das Personal, Auftreten und Verschwinden der Zitterbewegungen proportional den psychischen Erregungen.

Der Tod erfolgte 1897 an Schluckpneumonie. Es fand sich ein Riesenzellensarcom der linken Hirnbemisphäre in der Gegend des Gyrus uncinatus. Das Interesse des Falls scheint Vortragendem in den Beziehungen zwischen functionellen und organischen Erscheinungen zu liegen. Es trete hier die Einwirkung eines sich entwickelnden Tumors auf ein von Haus aus hyste-

risches Gebirn zu Tage.

Herr Jastrowitz betont, es sei nicht zu bezweiseln, dass es sich um ein hysterisches Individuum handle. Namentlich bei dem Sitz des Tumors im Vorderhorn und mit Rücksicht auf die Goltz'schen Untersnehungen, wonach Verletzungen desselben Reizbarkeit, des Hinterhorns Gutmütbigkeit bewirkten, hätte man vielleicht schon anfänglich die Piagnose Tumor machen können.

Her Kaplan erwidert, dass die Diagnose sich ja schon auf eine Reihe von anderen Symptomen, wie er angeführt habe, gründete.

407) Falkenberg: Die Ergebnisse der Familienpflege Geisteskranker.

Der sehr eingehende Vortrag wird in extenso demnächst publicirt werden. Ich hebe nur hervor, dass von Seiten der Irrenanstalt Herzberge sehr günstige und zu schönen Hoffnungen berechtigende Erfolge mit der Inpflegegabe von Geisteskranken erzielt sind. Alle Psychosen eigneten sich dazu, ganz besonders die an chronischer Paranoia oder an secundären Schwächezuständen leidenden Kranken. Paralysen wurden ungern zu Fremden gegeben, konnten aber bei ibren Angehörigen oft bis zu weit fortgeschrittenen Stadien behalten werden. Tief stehende Idioten seien auch für Familienpflege fähig, ebenso Dementia senilis. Ungünstiger sind die Erfahrungen, die mit Imbecillen, am schlimmsten die, die mit Alcoholisten gemacht wurden. Bei diesen wird jetzt ein derartiger Versuch nur dann gemacht, wenn sie zum ersten Mal in die Anstalt gekommen sind und ihr Vorleben den Schritt rechtfertigt.

Max Edel (Charlottenburg).

TT.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bericht der Sitzung vom 12. Juli 1897.

408) Vor der Tagesordnung demonstrirt Hirschberg ein Auge, welches sich eine Geisteskranke mit den Fingernägeln herausgerissen hat und an welchem sich noch ein Stück Sehnerv von über 12 mm Länge befand. Es handelte sich um eine junge Frau, die erst ganz kurze Zeit

an Melancholie mit Hallucinationen erkrankt war und sich auswärts in einer nicht geschlossenen Anstalt befand. Eine Wärterin hatte Nachts, wo die That passirte, bei ihr geschlafen. H. weist darauf hin, dass mancher geübte Chirurg Schwierigkeiten findet, ein so langes Sehnervenstück herauszunehmen.

Tagesordnung.

409) Jolly: Krankendemonstration (Muskelatrophie).

Vortragender stellt 2 Fälle von Dystrophia musculorum progressiva vor, um Veranlassung zu nehmen, die Aetiologie derselben zu streifen. Der erste Fall ist schon vielfach litterarisch verwerthet und zuerst in der grossen Erb'schen Arbeit über Dystrophie besprochen. Der 52jährige Patient ist im Alter von 34 Jahren 60 Fuss tief in einen Steinbruch gestürzt, wobei ihm noch ein Stein auf den Rücken fiel. Zunächst schien er vollkommen gelähmt zu sein, erholte sich aber wieder so weit, dass er seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Dabei musste er aber übermässige Muskelanstrengungen machen, ein Moment, welches, wie J. glaubt, von einer gewissen Bedeutung für die Entwicklung der späteren Krankheit war. Diese trat einige Jahre danach auf. Vortragender schildert die vorliegenden Atrophien im Einzelnen. In einer Reihe von Muskeln sind hypertrophische und in einer Reihe lipomatöse Zustände vorhanden, wie überhaupt die starke Fettentwicklung auffällt. Ein eigens für den Patienten construirtes Corsett erleichtert ihm sehr wesentlich die Bewegungen, indem dadurch die Schwäche besonders der Bauchmuskeln überwunden wird.

Fall II betrifft die infantile Form der Dystrophie bei einem 18jährigen jungen Mann. Es sind alle characteristischen Erscheinungen vorhanden. Hypertrophisch sind ausser dem Deltoidens die m. ext. dig. brev. an beiden Füssen. Eine weitere Affection findet sich an ihm, nämlich eine colossal ausgedehnte Verbrennungsnarbe, aus seinem 8. Lebensjahre herstammend. Damals bestand eine 1 Jehr lang dauernde Eiterung. In beiden Fällen fehlt jede Erblichkeit. Wenn die hereditären Momente auch unzweifelhaft in einer gewissen Anzahl eine Rolle spielten, so könne man jedenfalls die Dystrophie nicht als eine Krankheit bezeichnen, die nur auf Erblichkeit zurückzuführen sei. Ein Trauma sei sehr vereinzelt als ätiologisches Moment angeführt worden. In den vorgeführten Fällen scheint Vortragendem das voranfgegangene Trauma ätiologisch in Betracht zu kommen, wobei die intensiven Muskelanstrengungen, welche nachträglich bei einem hochgradigen Schwächezustand ausgeubt werden mussten, möglicher Weise eine solche Störung in die Wege geleitet haben mochten. J. führt noch weitere Fälle aus der Litteratur an, wo ebenfalls Trauma als Ursache vermuthet worden ist.

410) Gnauck stellt eine 45jährige Patientin mit rudimentärer Entwicklung der Genitalorgane vor, welche seit 6 Jahren an hysterischen Zufällen leidet. Abgesehen von Ohnmachtsanfällen im 16. Jahre hat sie bis 2 Jahre nach ihrer Verheirathung keine nervösen Beschwerden gezeigt. Redner glaubt, dass die alsdann aufgetretene Hysterie auf eine Ueberreizung des Nervensystems bei den erschwerten Cohabitationsversuchen zurückzuführen ist, um so mehr, als ein falscher Weg in die Harnröhre gemacht ist, welcher so

weit ist, 'dass man einen Finger einlegen kann. Vortragender erwähnt noch einen anderen Fall, in dem der Zusammenhang zwischen nervösen Beschwerden und den ebenfalls rudimentär entwickelten Sexualorganen deutlich zu constatiren war.

Fränkel weist auf einen bemerkeaswerthen Fall von Muskel. atrophie hin und zeigt eine Reihe von Photographien desselben. (Vgl-Sitzungsbericht des psychiatrischen Vereins vom 26. Juni d. J.)

Schuster fragt, ob in dem Gnauck'schen Fall therapentische Versuche mit Oophorin gemacht sind, wie sie in der Landau'schen Klinik mit gutem Erfolg angestellt sind.

Gnauk verneint dies.

411) Köppen: Ueber Gehirnerkrankungen in der frühesten Kindheit.

Vortragender meint, duss die Erforschung derselben noch sehr im Argen liege, da die einzig zum Ziel führende histologische Untersuchung bisher nur von wenigen ausgeführt sei. Gewöhnlich habe man die asgetroffenen Veränderungen unter dem Namen der Sklerose beschrieben. selben seien wahrscheinlich Endproducte früherer acuter Processe, wie Syphilis, Encephalitis u. a.; vor Allem aber kämen hier traumatische Einflüsse in Betracht. Von den demonstrirten Präparaten betrifft ein Theil das Gehirn eines 3 Monate alten Kindes, welches seit der Geburt an Krämpfen litt. Bei der Section fand sich ein Hämatom auf beiden Hinterhauptslappen, unter dem dieselben eingesunken und zusammengeschrumpft waren. Microscopisch sieht man in der Rinde eine Zahl von Erweichungsherden, umgeben von einem Wall dichter kerninfiltrirter Glia. Diese ist vielfach büschelförmig angeordnet, an anderen Stellen mehr hyalin. Diese Veränderungen der Glia gehen viel weiter als man macroscopisch hätte glauben sollen und das Studium der Glia sei daher wichtig für die Auffindung der leichteren Ueber Degenerationen von Fasern und Ganglienzellen Veränderungen. lässt sich nichts äussern. da sie in diesem Alter noch nicht vollkommen entwickelt seien. Als Ursache sieht K. die Zusammendrückung von Gefässen durch das Hämatom und dadurch bedingte Erweichung mit Entzundung in der Umgebung an. Die Präparate von dem zweiten Fall rühren von einem 21jährigen Idioten her, der von Jugend auf schwachsinnig war und plötzlich verstarb. Das Gehirn wog 1080 gr. Ausser einer frischen Meningitis waren am Stirnhirn an den sonst wohl ausgebildeten Windungen bahnenkammartige Aufsätze sichtbar, die hart anzufühlen waren. K. bringt die Idiotie mit diesen in Zusammenbang. Wahrscheinlich handle es sich nach dem microscopischen Bilde um eine syphilitische Affection, die in frühester Jugend einen Herd und Veränderung der Gefässe gesetzt hat. Die jetzige Encephalitis wird als ein Nachschub aufgefasst. Vortragender ist der Meinung, dass man bei näherer Prüfung der histologischen Befunde dahis gelangen werde, einen grossen Theil der als Entwicklungshemmungen beschriebenen Gebilde auf pathologische Gebilde zurückzusthren.

Oppenheim glaubt, dass man den Begriff der Entwicklunghemmungen weiter als der Vortragende aufgefasst und grösstentheils auch schon früher fötal entstandene Entzündungsprocesse angenommen hat.

Hebold setzt seine Ansicht über die Ursache der Veränderungen dabin auseinander, dass ähnlich, wie bei der Epilepsie, durch eine Verengung des Gefässsystems eine Unterernährung des Gehirns bewirkt wird, worunter die Entwicklung der functionellen Elemente leide.

Köppen hält es auch wie Vorredner für möglich, dass das Hämatom durch dieselbe Ursache wie die übrigen Veränderungen, nämlich durch eine Ernährungsstörung entstanden ist. Im Gegensatz zu demselben meine er aber, dass nur wenige Fälle von Epilepsie auf histologisch nachweisbare Veränderungen des Ammonshornes zurückzubeziehen sind; in einer Reihe von Fällen seien die motorischen Zonen afficirt gewesen.

412) Westphal: Demonstration eines microcephalen Gehirns.

Dieses rührt von einer Zwillingsgeburt her. Es war ein doppelter Walfsrachen and Hasenscharte vorhanden und das Kind starb bald an einer Operation der letzteren. Die Matter soll psychisch nicht normal erschienen sein. Der Microcephale lebte 14 Tage, hatte keine Lähmungen oder Krämpfe. Die Stirn liegt stark rückwärts, die Ohren stehen weit ab. Der Schädel zeigt Aztekentypus. Dabei ist er auffallend klein. Der grösste Umfang beträgt 24 cm, d. h. 10 cm weniger als bei einem normalen Kinde. Eigentliche Nähte sind nicht mehr vorhanden. An Stelle derselben bilden die Knochen Synostosen, welche über das Schädelniveau hervorragende Leisten und Wülste darstellen. Von Fontanellen ist nichts mehr zu sehen. Die mittlere Schädelgrube ist rechts kleiner als links, mittlere und vordere Schädelgruben sind deutlich abgeflacht. Das Gehirn wog in Formol nur 72 gr. Die Gehirndefecte betreffen Hemisphären und Stirnhirn. Von Furchen ist nichts zu erkennen. Rechts fehlt das Stirnhirn vollkommen. vom Schläfenlappen ist ein kleines Rudiment vorhanden. Links bildet das Stirnhirn eine kleine Blase, der linke Schläfenlappen fehlt grösstentheils. Von einer Insel ist nichts zu sehen. Der Balken scheint vollkommen zu fehlen. Die grossen Ganglien sind rechts kleiner als links. Sehr eigenthumlich ist die mächtige und unvollkommene Entwicklung des Olfactorius. Da sowohl Knochen wie Gehirn und Pia in der Gegend des rechten Schläsenlappens auffällige Veränderungen zeigen, so vermuthet Redner hier den Ausgangspunkt der Erkrankung. Die Ursache des Kraukheitsprocesses sei nicht in primärer Synostose, sondern im Gehirn selbst zu suchen. in einer Encephalitis.

413) Benda: Mittheilung und Demonstration über leuk ämische Lymphome des Centralnervensystems.

Unter den von Vortragendem untersuchten Fällen von Leukämie war einer an Apoplexie verstorben. Es fanden sich eine Erweichung in der rechten Hemisphäre und Blutungen im Hirnstamm. Microscopisch stellten sich Infiltrationen des Gewebes mit Lymphocyten heraus, welche entweder diffus verbreitet waren oder nur in den Gefässscheiden sassen. Auch bei syphilitischen Processen des Gehirns und Rückenmarks kamen ähnliche Befunde vor, welche von Anhäufungen bei Lymphomen schwer zu unterscheiden seien.

414) Gumpertz: Ueber die electrische Erregbarkeit des N. radialis. (Erschienen im Neurologischen Centralblatt.)

G. hat bei einem Tabeskranken eine Radialislähmung beobachtet, wobei die directe Muskelerregbarkeit vorhanden, dagegen vom Nerven aus im gelähmten Gebiet keine Zuckung auszulösen war. Da bei einer Hautexcision normale Nervenfasern gefunden wurden, so könne die Lähmung nicht peripherer, sonderu müsse centraler Natur sein. Bernhardt habe die von ihm 1892 beschriebene Veränderung der electrischen Erregbarkeit durch tiefe Lage des Radialis erklärt und will sie auch bei Normalen gefunden haben. Zu denselben Resultaten wie Bernhardt seien auch zwei Amerikaner gekommen. Er habe nun im Anschluss an den oben erwähnten Fall die Radialisreaction bei einer Reihe von Gesunden und Pathologischen untersucht. Danach läge es nicht nahe, den Mangel der Reaction auf die Lage des Nerven zu beziehen. Der Hypoglossus liege noch viel unglücklicher und trotzdem gäbe er eine gute Reaction.

In der erregten Discussion werden die Ausführungen des Vortragenden von Bernhardt und Remak widerlegt, wohingegen G., abgesehen davon, dass er die Möglichkeit des Vorliegens einer peripherischen Lähmung in dem von ihm erwähnten Falle zugiebt, an seiner Auffassung festhält.

Max Edel (Charlottenburg).

IV. Referate und Kritiken.

Nervenheilkunde.

1. Symptomatologie und Diagnostik.

415) L. Loewenthal (Breslau): Ueber das electrische Verhalten des New radialis bei Drucklähmung.

(Neurol. Centralbl. 1896, Nr. 22.)

In einem Fall von Drucklähmung des N. radialis beobachtete L. direct und indirect Zuckungsträgheit bei unverminderter Erregbarkeit der Nerven und gesteigerte galvanische Erregbarkeit des Muskels (ein Befund, wie er von Erb als "partielle Entartungsreaction mit obligater Zuckungsträgheit" beschrieben wurde) und relativ frühes Auftreten von KOZ und KSTe. Dasselbe fand sich auch in 2 anderen Fällen von Drucklähmung des Radialis.

Hoppe.

416) A. Raïchline: Note sur le "Phénomène plantaire" signalé par le Dr. Hirschberg dans le tabes dorsalis.

(Revue neurol. Nr. 10, 1897.)

Als "Plantarphänomen bei Tabetischen" hat Hirschberg (vergl. dieses Centralblatt 1896, S. 379) die bei Tabes beobachtete Erscheinung beschrieben, dass durch Hinwegstreichen über die Fusssohle mit einem Fingernagel ein sehr erheblicher Schmerz hervorgerufen wird, der sich nur allmählig verliert. Nach H. soll dieses Phänomen unabhängig von jeder anderen Sensibilitätsstörung vorkommen. Rauchline bemerkt, dass es sich bei dem Hirschberg'schen Plantarphänomen lediglich um oise

Varietät der von Leyden als "relative Hyperästhesie" bezeichneten Sensibilitätsstörung handelt (ein einfacher Nadelstich verursacht einen sehr heftigen, zur Intensität des Reizes in keinem Verhältnisse stehenden Schmerz) und dass dieselbe nicht, wie Hirschberg behauptet, isolirt vorkommt, sondern gewöhnlich von anderen Sensibilitätsstörungen begleitet ist (oberflächlicher Hypalgesie, tactiler Hypasthesie, Verlangsamung der Schmerzleitung etc.) Zur Hervorrufung des Plantarphänomens genügt, wie H. fand, häufig ein leichtes Hinwegstreichen mit dem Nagelrand nicht, vielmehr ist hiezu ein kräftiges Streichen derart, dass die tieferen Lagen der Haut beeinflusst werden, erforderlich. Des weiteren wurde von R. ermittelt, dass die gleichen Schmerzen wie an der Fusssohle durch Hinwegstreichen mit dem Fingernagel sich an anderen Stellen (Unter-, Oberschenkel, Rücken, Vola der Hand etc.), allerdings in geringerer Intensität, herbeiführen lassen. R. verwirft daher die Bezeichnung "Plantarphänomen"; die von Hirschberg beschriebene Störung ist nach R. als "relative Hyperästhesie für ausgedehnte mechanische Reize" zu benennen; die Leyden'sche relative Hyperästhesie könnte dagegen als "relative Hyperästhesie für Stiche" bezeichnet werden.

Bei Tabes incipiens und im Allgemeinen in den Fällen, in welchen die Störungen der cutanen Sensibilität wenig ausgeprägt sind, findet sich die Hirschberg'sche relative Hyperästhesie selten; sie kann daher auch keine besondere diagnostische Bedeutung beanspruchen.

L. Löwenfeld.

417) Henry Head: Ueber Sensibilitätsstörungen bei visceralen Leiden. (On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease.)

(Brain. Summer and autumn 1896)

In vorliegender Arbeit setzt H. seine Studien über die Beziehungen zwischen Hautsensibilität und Affection der einzelnen Organe im Körperinnern fort. Er behandelt zunächst den Schmerz, welcher durch Herzaffectionen, dann durch Lungen- und schliesslich durch gastrische Affectionen erregt wird. Dabei unterscheidet er wieder den localen Schmerz und die reflectorisch vermittelte Hautempfindlichkeit. Die Arbeit enthält wieder zahlreiche Abbildungen und Krankengeschichten, auf welche ich verweise. Die Ergebnisse von H.'s Untersuchungen lassen sich in Folgendem zusammenfassen:

- 1. Aortenaneurysma kann reflectorisch Schmerzausstrahlungen erregen mit oberflächlicher Hautempfindlichkeit in folgenden Zonen:
 - a) 3. und 4. Cervical; 1., 2. und 3. und manchmal 4. Dorsalsegment; gewöhnlich auf der linken, mitunter auch auf der rechten Seite.
 - b) Inferior-Laryngeal-Zone ein- oder doppelseitig.
 - c) 6. bis 8. Dorsalzone in den Fällen, wo das Aneurysma sich über die Eintrittsstelle des Ductus arteriosus in die Aorta hinaus erstreckt.
- 2. Aortenaneurysma kann durch Druck auf die Organe in der Brust localen Schmerz hervorrufen.
- 3. Aortenaneurysma kann Schmerz und gelegentlich, aber selten, auch Anästhesie verursachen durch Compression peripherer Nerven und

Wurzeln. Dieser Schmerz geht nicht mit Oberflächenempfindlichkeit in Segmentalzonen einher. Im Gegensatz zu der gewöhnlichen Ansicht ist dieser Schmerz der geringere.

4. Aneurysmen bei bochgradig krankhast veränderter Aortenwand ver-

ursachen bloss localen und keinen echten Reflexschmerz.

Darauf behandelt H. den Reflexschmerz bei Mitralklappenfehler, wobei auf die Unterscheidung von Schmerzen, verursacht durch den Magen, hingewiesen wird, bespricht dann den Schmerz, welcher durch Lebervergrösserung bei Affectionen des rechten Herzens entsteht und geht dann zur Angina pectoris über. Den Schmerz bei der Angina pectoris lässt H. in folgender Weise entstehen:

 Der Schmerz ist der Ausdruck der Störung des Herzens und besteht in einem localen Schmerz im Epigastrium, an den sich mehr oder weniger ausgebreitete Reflexempfindlichkeit schliesst. Der Anfall geht einher mit Todesangst und Athemnoth.

 Der Schmerz ist die Hauptsache. Der Anfall besteht in schnellem Ansteigen und Ausbreiten heftigen Reflexschmerzes, der schon vor dem Anfall vorhanden war. Athemnoth und Todesangst können

dabei fehlen.

Im folgenden Abschnitt sucht H. theoretisch diese Schmerzen zu erklären. Er nimmt für die Aorta und Herz folgende entsprechende Segmental-Versorgung an:

Horizontaler Aortenbogen: Inferior-Laryngeal-Segment.

Aufsteigender Aortentheil: 3. n. 4. Cervical-, 1., 2, 3. Dorsalsegment (? 4 dorsal). Herzkammern: 2., 3., 4., 5. Dorsalsegment (? 6 dorsal).

Herzohr: 5., 6., 7., 8. Dorsalsegment (? 9 dorsal).

Das dritte Capitel behandelt den Schmerz bei Affectionen der Respirationsorgane. Der Unterschied zwischen localem und reflectirtem Schmerz bei Affection der Lunge und der Pleura wird ausführlich besprochen. Dann geht Verfasser über zu der wichtigsten Krankheit, der Phthise, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Jeder Reflexschmerz und jede Oberflächenempfindlichkeit, welcher Ursache sie auch sind, haben bei subacuter Phthisis die Tendenz, sich weit auszudehnen; vermuthlich beruht dieses auf der Cachexie und

der Temperatursteigerung bei dieser Krankheit.

2. Reflexschmerz, welcher durch Lungenerkrankung bedingt ist, ist am stärksten ausgeprägt auf der Seite des Rumpfes, auf welcher sich die frische Läsion befindet. Schmerz und Empfindlichkeit können auch auf der anderen Seite auftreten, thun das aber später und verschwinden hier wieder früher und sind hier dann nicht so heftig, wie auf der Seite der Läsion.

3. Die Innervation der Lunge steht in Verbindung mit dem 3. und 4. Cervicalsegment und mit allen Dorsalsegmenten vom 3. bis zum 9.

Es folgt dann die Besprechung der gastrischen Störungen bei Phthisis, welche 3 Gruppen eintheilt:

1. Prodromale Dyspepsie, ehe irgendwelche Erscheinungen in den Lungen vorhanden sind. Sie geht oft mit ausgesprochenem Schmerz und Oberflächenempfindlichkeit einher.

- 2. Die Dyspepsie bei dem Beginn der Lungenerkrankung, ebenfalls mit Reflexschmerz und Oberflächenempfindlichkeit. Sie zerfällt in drei Untergruppen:
 - a) eine pseudo-gastrische Störung mit Erbrechen und Uebelsein in Folge des Reflexkopfschmerzes, der in Beziehung mit der Affection der Lungenbasis steht.
 - b) Gastrische Hyperästhesie auf Grund dessen, dass Lungenbasis und Magen von denselben Segmenten des Centralpervensystems versehen werden.
 - c) Echte Dyspepsie gastro-intestinalen Ursprungs, ohne in Beziehnng zu stehen zu dem phthisischen Process oder der Ausbreitung der Krankheit in der Lunge.
- 3. Die Dyspepsie des Endstadiums, begleitet von deutlichen organischen Veränderungen in der Magenschleimhaut, aber ohne Reflexschmerz und ohne Oberflächenempfindlichkeit.

Wichmann (Ilmenau).

418) M. Laehr (Berlin): Lepra und Syringomyelie. Differentialdiagnostische Bemerkungen.

(Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 3.)

Beide Krankheiten zeichnen sich durch eine Trias von Symptomen aus: circumscripte Anästhesien, Muskelatrophien und vasomotorisch-trophische Störungen der Haut, der Knochen und Gelenke, welche im weiteren Verlauf häufig zu eigenthümlichen Verstummelungen an den Endgliedern der Extremitäten führen. Die Lepra jedoch ist eine multiple Erkraukung der Haut und der peripherischen Nerven und zeigt ein regelloses Auftreten der ersten Symptome an den verschiedenen Körpertheilen, während bei der Syringomyelie, dem Ausgangspunkt von umschriebenen Partien des Rückenmarks entsprechend, die Erscheinungen zuerst an den oberen (seltener an den unteren) Extremitäten auftreten und sich von da auf die anderen Extremitäten verbreiten, während das Gesicht meist verschont bleibt. Für Lepra characteristisch sind auch multipel auftretende pigmentirte hyper- und später hypästhetische Flecken und schmerzhafte Gelenkschwellungen, während die Arthropathien der Syringomyelie schmerzlos sind. Die leprös veränderten Hautpartien zeigen meist frühzeitig ein Versiegen der Schweisssecretion, die afficirten Körpertheile bei Syringomyelie dagegen Hyperhydrosis.

Was die Muskelatrophie betrifft, so spricht eine besonders ausgedehnte Verbreitung der Muskelerkrankung für Syringomyelie. Die lepröse Muskelatrophie ergreift die kleinen Fuss- und Handmuskeln, die syringomyelitische beginnt auch an den proximalen Theilen; die lepröse fällt immer in den Bereich der Hautanästhesie, die syringomyelitische zeigt bisweilen einen gekreuzten Typus, die lepröse erscheint relativ früh im Gesicht, die syringomyelitische höchst selten und spät und ist dann mit Bulbärerscheinungen verbunden.

Die Sensibilitätsstörungen bei der Lepra sind regellos iu Plaques über die ganze Körperoberfläche zerstreut und weisen an den Extremitäten eine im Ganzen senkrecht zur Gliedaxe verlaufende Abgrenzung anf, während

Digitized by GOOGLE

sie bei der Syringomyelie am Rumpfe gürtel- oder westenförmige Zonen, an den Extremitäten längs gerichtete Streifen bilden.

Dazu kommen meist in späteren Stadien noch einige andere Momente. Langsame progressive Verkrümmung der Wirbelsäule (Hyperskoliose), Störungen der Blase, spastische Erscheinungen findet man nur bei Syringomyelie, Verdickungen und Druckempfindlichkeit der Nerven, sowie Drüsenanschwellungen nur bei Lepra.

419) A. Blaschko und M. Brasch: Beiträge zur Früh- und Differentialdiagnose der Lepra.

(Allg. medic. Centralztg. 1896, Nr. 77 u. 78.) Es werden zwei Fälle beschrieben, die beide zu ausführlichen differentialdiagnostischen Erwägungen Anlass gaben. Im ersten Falle handelte es sich um Lepra, deren Diagnose zwar lange bestritten, aber schliesslich durch Auffindung von Bacillen in einem angeschwollenen Nerven (supraorbitalis) gesichert wurde. Der zweite Fall betrifft einen aus Memel stammenden Zinkgiesser, bei dem eine Reihe von nervösen Symptomen bestanden, halbseitiges Schwitzen, Pupillendifferenz, Schmerzen, Schwäche, Atrophien im rechten Arm, Gefühlsstörungen in bestimmten Nervengebieten, sowie halbseitige, die den Verdacht erweckten, dass dieses jedenfalls complicirte Krankheitsbild zum Theil durch Syringomyelie bedingt werde. Ausserdem aber fanden sich grosse Vitiligoflecken am Körper, und es kam darum auch Lepra in Frage. Während nun die neurologische Diagnose in diesem Falle nicht sicher gestellt werden konnte, konnte doch wenigstens die Lepra ausgeschlossen werden und zwar zunächst deswegen, weil die nervösen Symptome zumeist, und namentlich die zuerst anfgetretenen, spinalen Character aufwiesen. Das Exanthem erwies sich nicht als eine lepröse Morphæa alba, sondern als eine barmlose Vitiligo, weil die Flecken, und darauf legt Blaschko als Unterscheidungsmerkmal grösseren Werth als auf dermatologischen Einzelheiten, frei waren von Sensibilitätsstörungen. Die Autoren betonen, dass man nicht nur bei Syringomyelie, sondern in jedem Falle von Muskelschwund, den ein Exanthem begleitet, au Lepra denken und die Herkunft des Kranken feststellen sollte, seitdem wir mit ihrem endemischen Vorkommen und ihrer Verbreitung auch in Deutschland rechnen müssen. Gallus (Neu-Ruppin).

420) Hugh Patrick (Chicago): Anästhesie am Rumpf bei Tabes. (Trunc Anæsthesia in locomotor ataxia.) — Vortrag auf der Mississippi Valley Medical Association September 1896.

(New-York medic, Journal, 3. Oct. 1896.)

Nach P. findet man in fast allen Fällen von Tabes eine anästhetische Zone am Rumpf in der Höhe der Brustwarzen, welche in den Frühstadien der Krankheit sehr schmal oder unvollständig ist oder in mangelhafter Localisation tactiler Reize besteht. Diese Anästhesie ist wesentlich tactiler Natur, während die Schmerzempfindlichkeit, die an den Beinen so häufig abgestumpft ist, hier ganz normal sein kann. In einzelnen Fällen sind auch zwei verschiedene anästhetische Zonen vorhanden. Aehnliche anästhetische Zonen kommen auch bei der syphilitischen Pseudotabes vor.

Digitized by GP OP pe.

421) A. Westphal: Ein Fall von Tabes mit Herpes Zoster. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 10. 12. 18.6.

(Rerliner klinische Wochenschrift 1897, Nr. 20.)

Bei der 33jährigen Patientin, die vor 2 Jahren wegen Doppelsehens mit einer Schmierkur behandelt worden war, und bei der Nachenr in Aachen eine acute Psychose (Amentia) durchgemacht hatte, zeigten sich Anfangs December deutliche Erscheinungen von Tabes (bohrende Schmerzen im linken Bein, Mangel der Kniephänomene, Romberg'sches Symptom, Andeutung von Ataxie, beginnende Atrophie der Sehnerven) mit einem exquisiten linksseitigen Herpes zoster auf der hinteren Seite des Gesässes, des Oberschenkels, der linken äusseren Fläche des Unterschenkels, dem Fussrücken und den zugewandten Seiten der Zehen, entsprechend vorzugeweise dem Hauptnervengebiete des Plexus sacralis und am Gesäss den N. cutan. elun sup. plexus lumbalis.

422) W. König: Ueber die "Formes frustes" des Hemispasmus glossolabialis.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XXIX, 2.)

König zeigt an 23 kurzen Krankengeschichten, dass der "Brissaud-Marie'sche Symptomencomplex" oder Hemispasmus glossolabialis, dessen häufiges Auftreten bei functionellen Hemiplegien er schon 1892 hervorgehoben hat, in unvollständiger Ausbildung, als sogenannte Forme fruste, bei verschiedenartigen Krankheiten in die Erscheinung trete, so bei Hysterie, Epilepsie, Alcoholismus, acuten und chronischen Psychosen, Imbecillität und Idiotie. Die Innervationsstörungen im Gebiete des Facialis, Trigeminus uad Hypoglossus treten in den mannigfachsten Combinationen auf, betreffen bald eine, bald beide Gesichtshälften, machen sich in der Ruhestellung des Gesichts selten bemerkbar. Am häufigsten finden sie sich bei Hysterischen, wo sie als rein functionelle Störungen betrachtet werden müssen und oft suggestiv zu beeinflussen sind. Bei angeborenem Schwachsinn ist der Hemispasmus glossolabialis wohl als congenitale Innervationsanomalie aufzufassen. Ob es sich in denjenigen Fällen, in welchen im Gefolge organischer Gehirnerkrankung hemispastische Zustände auftreten, um functionelle Complicationen handelt, wie der Verfasser geneigt ist anzunehmen, dürste recht zweifelhaft sein; hier liegt doch die Annahme viel näher, dass man es mit secundaren Spasmen gelähmter oder paretischer Muskeln zu thun habe.

Gaupp (Breslau).

423) Bresler (Freiburg i. Schl.): Ueber Spinalepilepsie. (Neurologisches Centralblatt 1896, Nr. 22.)

Verfasser giebt die Krankengeschichten zweier Geschwister, wie er sie in den Acten der Anstalt vorfand, wieder:

1. M. W., 26 Jahre alt; seit dem 6. Lebensjahre oder etwas später, nachdem ein 7 Jahre älterer Bruder in gleicher Weise erkrankt war, besteht die Krankheit der M. W., die mit Muskelzuckungen in Gesicht und Gliedern einsetzte, wozu sich epileptiforme Anfälle gesellten. Die Kranke kann kaum sprechen wegen heftiger Zuckungen der Gesichtsmuskeln. Während der Untersuchung traten einzelne heftige Zuckungen der Rückenmuskeln auf, bei intendirten Bewegungen Zuckungen der Arme und Beine. Epileptische Anfälle zahlreich, aber unregelmässig. Die Kranke ist in den anfallsfreien

Zeiten hilflos. Sie leidet an eigenthümlichen, stossweise erfolgenden Zuckungen des ganzen Körpers, die einem electrischen Schlage nicht unähnlich sind. Intentionstremor. Patientin hat gute und schlechte Tage, an welch' letzteren die Zuckungen heftiger sind. Patellarsehnenreflex beiderseits lebhaft, kein Patellarclonus. Achillessehnenreflex vorhanden. Geistig: Vermindertes Gedächtniss, verminderte Urtheilskraft, reizbar, zänkisch. wurden 2 Anfälle beobachtet und zwar vor Beginn der Opiumbromeur; eine Minute andauernde Bewusstlosigkeit, während Patientin zu Bett liegt. Augen geöffnet, Augäpfel verdreht; Arme steif, Hände geballt; nachber lebhafte schüttelnde Bewegungen mit Kopf, Armen, Rumpf und Beinen. Ohne besondere Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems erfolgte der Tod nicht ganz ein Jahr nach Aufnahme unter Hinzutritt einer hypostatischen Pneumonie. Aus der Section: Dura der Convexität fest mit dem Knochen verwachsen. An der Spitze der Stirnhirnhälfte 2 symmetrische erbsengrosse Defecte; die Pia haftet hier fest an. Fettige Degeneration des Herzmuskels, der Nieren und der Leber. Hypostatische Pneumonie des rechten Unterlappens.

2. Bruder von 1 — C W., 33 Jahre alt. Krankheit besteht seit dem 12. Lebensjahre, begann mit Zuckungen der Glieder, wozu sich Krämpfe mit Verlust des Bewusstseins gesellten. Grosser kräftiger Mann. Sprache

behindert durch Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. -

Leidet ebenfalls an stossweise auftretenden, an clonische Muskelzuckungen erinnernden Zuckungen. Schwachsinnig. Opiumbromcur, welche Zuckungen mässigt. Erkrankt an Fieber. Tod 9 Monate nach Aufnahme an Hirnlähmung. Aus der Section: Pia in der Gegend der Centralwindungen beiderseits sulzig und getrübt. Windungen, besonders beider Occipitallappen stark abgeflacht. Beide Seitenventrikel stark erweitert und mit leicht röthlich gefärbter Flüssigkeit gefüllt. Hochgradiges Fettherz.

Verfasser hebt die Aehnlichkeit dieser beiden Fälle mit den kurzlich von Unverricht (unter "familiäre Myoclonie") veröffentlichten hervor. Den Unterschied dieser Zuckungen von denen der Chorea sieht Verfasser mit U. darin, dass bei der Myoclonie synergisch nicht zusammenwirkende, vom Willen isolirte, nicht erreichbare Muskeln in Zuckungen gerathen.

Verfasser fasst das ganze Symptomenbild einheitlich als eine epileptische Neurose auf. Indem er auf die bekannten Experimente Brows-Séquard's und Nothnagel's zurückgreift, will er für diese Zustände auch den von Anderen vorgeschlagenen Namen Epilepsia spinalis wieder einführen und damit nur ausdrücken, dass die "epileptische Veränderung—der genuinen Epilepsie— auch zuerst oder vorzugsweise sich im Rückenmark etabliren und nachträglich oder gelegentlich auf das Gehirn übergehen kann. Aber schon Nothnagel schrieb vor mehr als 20 Jahren, dass diese Bezeichnung eine gewisse Berechtigung hätte für diejenigen Fälle, in welchen die wirkliche Epilepsie in Folge einer Rückenmarksaffection sich entwickle; doch auch dann sei sie überflüssig und durch den Namen secundäre Epilepsie zu ersetzen. Unseres Erachtens kann es nur verwirrend wirken, wens Verfasser diesen längst vergessenen Namen "Spinalepilepsie" heut zu Tage wieder einführen will und noch dazu bei Zuständen, deren Ausgang vom Rückenmark aus nichts weniger als erwiesen ist.

Goldstein (Aachen).

424) Schultze: Beitrag zur Diagnostik und zur chirurgischen Behandlung der Gehirntumoren und der Jackson'schen Epilepsie.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd 9. p. 217 ff.)

Die vorliegenden Ausführungen haben den Zweck, "über hirnchirurgische Misserfolge und über gut begründete diagnostische Irrthümer" zu referiren.

Im ersten Falle schien zuerst die Annahme eines Tumors in der Vierhügelgegend begründet und der spätere Verlauf machte die Annahme einer ungewöhnlichen Art von Poliencephalitis, wahrscheinlicher. In einem anderen Falle war die Diagnose eines Tumors an sich richtig, aber die Diagnose der Seite, auf welcher er sich befand, nur zum Theil zutreffend. Bei einem weiteren Falle, bei dem ein Tumor im linken Facialisgebiet und gegen das Marklager sich erstreckend angenommen wurde, fand sich auch ein solcher, aber weit grösser, als erwartet, so dass das Vorhandensein einer so partiellen Facialisparese kaum denkbar war.

In Hinsicht auf die Erfolge der an den Kranken vorgenommenen Operationen erwähnt Verfasser zwei Fälle, bei denen die Operation gar nichts nützte, sondern eher den letalen Ausgang beschleunigte. Letzterer war sicher in einem Fall, bei dem nach Herausnahme eines ziemlich grossen Tumors (grösser wie ein Borsdorfer Apfel) aus der linken Rinde der Tod rasch eintrat trotz ausgezeichneten Kräftezustandes, vielleicht in Folge der plötzlichen grossen Druckschwankung, ähnlich wie das ja auch schon bei ausgiebigen Lumbalpunctionen vorgekommen ist. Vielleicht hat auch die starke Blutung oder die Commotion des Gehirns und der Medulla oblongata durch die Meisselschläge zum letalen Ende beigetragen. Dass aber auch einfache Ausmeisselung von Knochenstreifen bei dem Hydrocephalus kleiner Kinder nicht ungefährlich ist, lehrt ein Fall, der ein 20 Monate altes Kind betrifft, das rasch zu Grunde ging im directen Anschlusse an die Operation.

Auch 2 Fälle von Jackson'scher Epilepsie werden mitgetheilt, bei denen bei der Operation an der gereizten Rindenstelle normale Verhältnisse gefunden wurden.

Daraus geht hervor, dass die temporare Schädelresection keineswegs ein ungefährlicher Eingriff ist, im Gegentheil, und dass sie oft genug nicht zum Ziele führt.

Da uber (Würzburg).

425) Clemens: Ein Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen am unteren Ende des Rückenmarks.

(Deutsche Zeitschr. f Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 458 ff)

Verfasser bespricht im Anschlusse an einen klinisch beobachteten Fall, bei dem er die topische Diagnose in suspenso lässt, die Differential-diagnose zwischen der Erkrankung des Lumbalmarks, des Conus medullaris und der peripheren Schädigung der dort austretenden Nerven. Auch ätiologisch ist nichts Sicheres zu eruiren. Dauber (Würzburg).

426) Köster: Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunds, Bd. 9, p. 431 ff.)

Bei einem neuropathisch belasteten, früher epileptischen, sowie luetischen Manne traten ziemlich plötzlich und ohne wesentliche Ursache Parästhesien Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. October-Heft 1897.

und Muskelgefühl im Bereiche des Arms und auf der Rückseite beider Beine Zugleich entwickelten sich Störungen der Harn- und Stublentleerung, sowie der geschlechtlichen Functionen. Die mannigfachen sensiblen Störungen, die nur einzelne Nerven des Plexus sacralis und Plexus sacrococcygeus betreffen, die alleinige motorische Störung des Sphincter ani ext. und int., des Levator ani und des Ischiacavernosus, sowie das Fehlen der für ein Besallensein der Cauda typischen ausstrahlenden Schmerzen lassen ein peripheres Nervenleiden und eine Affection der Cauda ausschliessen und die Diagnose auf eine Erkrankung des Conus medullaris stellen. Weiter berauf in das Sacralmark erstreckt sich dieser Process nicht, da der Cremaster- und Patellarsehnenreflex erhalten und der N. cruralis obturatorius und andere Lendennerven intact sind. Actiologisch ist die Lues der wahrscheinlichste, zumal ihre Tendenz, verschiedene zerstreute Herde zu setzen, bekannt ist. Und in dem vorliegenden Falle müssen solche entgegen der Möglichkeit einer totalen Erkrankung des Conns terminalis angenommen werden, da das Centrum für den Achillessehnenreflex erhalten blieb, während das in der Nähe liegende Centrum 'für Harn- und Kothentleerung und die geschlechtlichen Functionen verletzt wurde, und da die Läsion, das Centrum für den Plantarreflex vielleicht in geringem Grade streifend, bis zum ersten Sacralsegment heraufzog, wobei sie den Ursprung der sensiblen Wurzeln des Plexus ischiadicus in verschiedenem Grade zerstörte.

Dauber (Würzburg).

427) B. de Buck: Un cas d'atrophie musculaire progressive d'origine traumatique prise pour une hématomyélie spontanée.

(Journ. de neurol. et d'hypnol. 1897, Bd. 2, S. 202.)

57jähriger Tischler ohne bemerkenswerthe Antecedentien verspürte beim Heruntertragen einer schweren Gartenbank aus einer höheren Etage plötzlich einen brennenden Schmerz im Rücken, speciell auf der linken Seite über dem obersten Lendenwirbel, der von einer Schwäche in den Unterextremitäten begleitet war, aber den Gang nicht unmöglich machte. Das Bewusstsein blieb völlig erhalten. Trotz Schmerzen und Schwäche arbeitete derselbe in seinem Berufe noch weiter. Vier Wochen nach dem Unfall stellten sich schmerzhafte Krämpfe in den Beinen, sowie Parästhesie (Gefühl von Kältc) in dem linken Beine ein; zu einer wirklichen Paraplegie kam es indessen nicht.

Bei der Aufnahme ins Spital nahm Verfasser folgenden Status auf: Schlechter Ernährungszustand, deutlich ausgesprochene Atheromatose, Herzbypertrophie. Linke Lendengegend auf Druck sehr schmerzhaft; zeitweiliges Ausstrahlen der Schmerzen gürtelförmig um den Unterleib. Keine Ataxie, kein Romberg. Die Ermüdung überkommt den Kranken plötzlich. Rumpfbeugen und strecken sehr mühsam. Wenn der Kranke in den Knieen sitzt, ist das Aufstehen ohne Hülfe der Arme nicht möglich. Die Beweglichkeit der Oberextremitäten ist normal. Sensibilität in jeder Richtung erhalten. Keine Sphincterenanomalie. Haut- und Sehnenreflexe sind herabgesetzt, Plantarreflexe fehlen. Alle Muskeln der Unterextremitäten zeigen eine Zanahme der mechanischen Erregbarkeit und sehr ausgesprochene fibrilläre Zuckungen. Die electrische Untersuchung ergiebt sehr deutliche Abnahme

Digitized by GOOGLE

der directen und indirecten Contractilität aller Muskeln des unteren Plexus (Muskeln innervirt durch den Nervus cruralis, obturatorius und ischiadicus), sowohl dem faradischen als auch dem galvanischen Strom gegenüber. Es besteht indessen keine Entartungsreaction. — Keine Gefäss- oder trophische Hautstörungen. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Leichte Leukocythose. Seit Beginn der Beolvachtung allabendliche Temperatursteigerung bis zu 39° C. Pupillenfunction normal.

Verfasser analysirt sodann den vorstehenden Fall. Er stellt die Diagnose auf centrale Hämatomyelie. Als Sitz der Läsion nimmt er die Gegend an, wo die medullären Segmente liegen, die für den Nervus cruralis, obturatorius und ischiadicus die motorischen Neuronen liefern, also in Höhe der letzten Lumbal- und der ersten Sacralsegmente. Der Conus terminalis blieb verschont. Die Blutung blieb hauptsächlich auf die Vorderhörner localisirt; die Seiten- und Hinterhörner sind nicht merklich in Mitleidenschaft gezogen worden. Nachdem der vorliegende Aufsatz schon abgefasst war, starb der Kranke an Erschöpfung. In einer Nachschrift theilt Verfasser in Kürze den macroscopischen Befund mit. Es fanden sich keine Anzeichen fär ein intramedulläres Blutextravasat. Die microscopische Untersuchung wird hoffentlich mehr Licht in diesen interessanten Fall bringen.

428) König (Dalldorf): Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei den letzteren zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse.

(Zeitschr. f. klin. Med., 80. Bd., Heft 3 u. 4.) Die Untersuchungen betrafen 72 Fälle. 35 mal war der Facialis paretisch, davon 15 mal gleichzeitig der Hypoglossus; Parese des Hypoglossus bei normalem Facialis fand sich nur 4 mal; in 12 Fällen waren Facialis und Hypoglossus bestimmt normal, in den übrigen war eine sichere Entscheidung nicht möglich. Die mimischen Bewegungen bei den cerebralen Kinderlähmungen sind, im Gegensatz zu ihrem Verhalten bei den Lähmungen Erwachsener, besonders oft afficirt. Unter den 35 Fällen von Facialisparese waren sie 30 mal betheiligt. Wahrscheinlich besteht ein Zusammenhang zwischen den mimischen Bewegungen und den Sehhügeln; in den meisten Fällen von mimischer Parese fanden sich bei der Section letztere ergriffen, in einem Falle jedoch schien der Thalamus normal zu sein, so dass anzunehmen ist, dass hier die mimische Parese durch die bestehende Rindenläsion bedingt war. Der motorische Theil des Trigeminus war 4 mal betroffen (Verschieben des Unterkiefers nach der gelähmten, einmal - durch spastische Innervation - nach der gesunden Seite); in einem microscopisch untersuchten Falle zeigte sich im Trigeminus und in seinem Kern nichts Pathologisches, so dass die Parese vom Grosshirn aus bestehen musste. Der Oculomotorius war 8 mal betheiligt und zwar 6 mal mit seinen inneren Aesten; diese 6 Fälle zeigen ein- oder doppelseitige herabgesetzte bezw. erloschene Lichtreaction. Strabismus fand sich 12 mal und zwar einfacher Str. div. 3 mal, Str. conv., ohne dass ein deutlicher Ausfall von Bewegung vorhanden gewesen wäre, 1 mal, einseitige Abducensparese 3 mal, doppelseitige 5 mal. Nystagmus bestand 5 mal und zwar bei Biparesen. Opticus atrophie fand K. häufiger, als sonst angenommen wird, nämlich 12 mal, darunter 2 Fälle von einseitiger Atrophie. Tachycardiedie als Complication der cerebralen Kinderlähmung noch nicht beschrieben ist und vielleicht als Vagussymptom aufgefasst werden kann, fand sich in 9 Fällen; in einem derselben lag hereditär-congenitaler Morbus Basedowii vor.

Im zweiten Theil der Arbeit behandelt Verfasser die bei der cerebralen Kinderlähmung sehr selten zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse, die sich durch das besonders prägnante Hervortreten des bulbären Symptomencomplexes auszeichnen. Ausser der klassischen, von Oppenheim beschriebenen Form giebt es nach K. nicht so selten noch unvollkommene Formen, bei denen die Schluckstörung fehlt oder nur gering ausgesprochen ist. Er theilt 7 Krankengeschichten dieser Art mit. Dieckhoff (Dresden).

429) König: Ueber Mitbewegungen bei gelähmten und nicht gelähmten Idioten.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 9, p. 373 ff)

Verfasser untersuchte in dieser Hinsicht 46 Idioten und fand, "dass fast alle bei gelähmten Idioten zur Beobachtung gelangenden Mitbewegungen auch bei nicht gelähmten vorkommen. Diese Mitbewegungen sind allerdings weniger häufig, meist weniger intensiv und leichter durch den Willen unterdrückbar; nur die reflectorischen Mitbewegungen scheinen ausschliessliche Eigenthümlichkeit der gelähmten zu sein".

Dauber (Würzburg).

430) Lochte: Vorkommen und Bedeutung der Spiegelschrift.
(Archiv für Psychiatrie 1896, 2. Heft.)

Im Anschluss an das Auftreten der Spiegelschrift bei einer rechtsseitig gelähmten, schwachsinnigen und etwas benommenen Frau hat L. omfassende Untersuchungen über die Spiegelschrift an gesunden und kranken Individuen unternommen, da die Ansichten der Autoren über dieselbe erheblich differiaten und namentlich Soltmann ihr einen durchaus pathologischen Werth beimass. Es wurden Erhebungen bei ca. 3000 Kindern in Schulen zu Berlin angestellt, wobei sich im Wesentlichen ergab, dass die Zahl der Spiegelschriftler in den unteren Klassen eine grössere ist als in den oberen und dass von mehreren Geschwistern meist nur die jungeren Spiegelschrift schrieben. Keineswegs alle linkshändigen Kinder zeigten eine besondere Neigung dazu. Bei gesunden Erwachsenen kommt sie ebenfalls vor, indessen wurde beim Erlernen einer neuen Schrift, wozu Stenegraphie verwandt wurde, unter 114 Fällen nur bei sehr wenigen Spiegelschrift beobachtet, was darauf deuten liess, dass für ihr Zustandekommen das jugendliche Alter der Schulkinder den Grund abgiebt. Die Neigung zur Spiegelschrift kann bei Erwachsenen entweder von Kindheit an bestehen bleiben oder sich erst später unter verschiedenen Einflüssen ausbilden. Das weibliche Geschlecht überwiegt entschieden unter den Spielschriftlern. In Bezug auf kranke Personen konnte L. einen Einfluss bestimmter Nervenkrankheiten, der Epilepsie, Chorea und Hysterie, bei Kindern, von denes 40 aus der Charité untersucht wurden, auf das Entstehen der Spiegelschrift

Digitized by GOOGLE

nicht finden. Dagegen vermochte er bei Taubstummen (aus der Kgl. und städtischen Taubstummenanstalt) und bei Idioten (aus Dalldorf) ein gehäuftes Vorkommen derselben (50%) in Uebereinstimmung mit Piper zu constatiren. Bei einigen der letzteren und zwar denjenigen, welche der geistigen Entwicklung pach am tiefsten standen, fand sich auch jener höhere Grad zwangsweiser Abductionsschrift. Daraus folgt, dass neben Alter und Geschlecht vor Allem der Intelligenzgrad von Bedeutung für das Zustandekommen der Spiegelschrift sei. Auch blinde Kinder wurden untersucht. Bei 200 erwachsenen Nerven- und psychisch Kranken aus der Charité, sowie bei einer Anzahl von Epileptikern (aus Wuhlgarten bei Biesdorf) stellte sich kein auffallend häufiges Vorkommen der Spiegelschrift heraus. Das rechts- und linkshändige Schreiben entstehe nur durch Bewegungsvorstellungen, die durch optische Erinnerungsbilder controllirt würden. Nach der Auffassung L.'s kommt Spiegelschrift um so leichter zu Stande, je mehr die optischen Einflüsse gegenüber den motorischen in den Hintergrund treten, was bei den Kindern der unteren Schulklassen sowohl wie bei den geistig geringer entwickelten Idioten der Fall sein dürfte. Nach den Erfahrungen des Verfassers gestatte das Auftreten des geringeren Grades der Spiegelschrift im Gegensatz zu Soltmann's Anschauung keinen Rückschluss auf psychische Minderwerthigkeit des Schreibenden, wohl aber die zwangsweise Spiegelschrift, welche von pädagogischem Interesse sei, insofern sie meist die Bildungsunfähigkeit der Betreffenden documentirt.

Max Edel (Charlottenburg).

431) Jolly: Ueber Tremor bei traumatischer Hysterie. — Vortrag in der Gesellschatt der Charité-Aerzte, Juni 1896.

(Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 52.)

Ein 16jähriges Mädchen stiess sich eine Nähnadel in die Ulnarseite der rechten Hand, welche in derselben verschwand. 4 Wochen darauf nach einem grossen Schreck vermehrte Schmerzen in Hand und Tags darauf trat bei einem erneuten Extractionsversuch Schütteltremor der rechten Hand auf. Ein Versuch, den Tremor durch einen festen Verband zu unterdrücken, rief Stimmlosigkeit bervor. Später trat eine längere Besserung ein, der Tremor kehrte aber immer bei Emotionen wieder. Auch als die Nadel, nachdem ihre Lage durch Röntgenographie festgestellt war, entfernt worden, blieb das Schütteln bestehen. Es betrifft vorzugsweise die Hand, aber auch etwas den Vorderarm und überträgt sich bei Fixirung der Hand und des Vorderarms auf die Schultermuskulatur. Im Schlafe hört es auf. Sensibilitätsstörungen bestehen nicht, dagegen ist eine geringe Gesichtsfeldeinschränkung vorhanden.

Der zweite Fall betrifft einen 54jährigen Violinvirtuosen, der 1882 in Folge eines Blitzschlages auf der linken Körperseite mit 16stündiger Bewusstlosigkeit eine complete Lähmung und Anästhesie der linken Körperhälfte zurückbehielt. Ferner litt er seitdem an hysteroepileptischen Anfällen, in Folge deren er reizbarer wurde und die Kenntniss der fremden Sprachen verlor, die er bisher beherrscht hatte. Nach mannigfaltiger Behandlung von verschiedenen Neuropathologen trat endlich 1885 durch Anwendung von Points de feu im Nacken und in der linken Körperhälfte eine voll-

ständige Besserung aller Symptome ein. In Folge eines heftigen Schrecks (bei einer Feuersbrunst) 1889 kehrten alle Erscheinungen wieder, die sich unter der B-handlung Charcot's besserten, um noch zweimal in Folge von heftigen Erregungen zu recidiviren. Nach dem 3. Recidiv Schüttel. tremor der rechten Extremitäten. Er zeigt jetzt einen eigenthümlich breitbeinigen Gang mit Stampfen des linken Fusses. Linke Hand in Contractur. Finger in Krallenstellung. Bei Versuchen passiver Bewegungen deutliche Contractionen sämmtlicher Armmuskeln. Auf der linken Körperhälfte hesteht complete Anasthesie in allen Gefühls- und Sinnesqualitäten. Ferner besteht, Tremor, besonders in der rechten Hand, der nach Emotionen zunimmt, aber auch vorübergehend unterdrückt werden kann (wodurch jedoch der Tremor im rechten Bein verstärkt wird), und zeitweises Rückwärtswerfen des Kopfes mit einer eigenthümlich schnaubenden Bewegung. Beim Pustversuch wird die linke Mundhälfte geschlossen gehalten und die Luft aus der rechten herausgeblasen.

In der Discussion erwähnte Goldscheider den Fall eines Augestellten von Siemens und Halske, welcher durch einen electrischen Schlag auf die licke Körperhälfte nach Wiedererlangung des Bewusstseins eine linksseitige Anästhesie und Hemiparese mit geringer Ataxie zeigte, die sich im Verlauf der Behandlung bald besserte. G. ist der Ansicht, dass sich an solche Fälle Hysterie anschliessen kann, wenn die Vorstellungsthätigkeit betroffen wird, und dass die Hysterie so zu sagen als stabiles Erinnerungsbild der functionellen Störungen aufzufassen ist, welche durch den starken Reiz hervorgerufenwurden.

432) Arndt: Zur Differentialdiagnose der traumatischen Neurosen. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 9. pg. 341 ff.)

Verfasser theilt 2 Fälle mit, bei denen neben dem Heere objectiver und subjectiver hysteroneurasthenischer Erscheinungen eine motorische Schwäche der linken oberen und rechten unteren Extremität bestand, combinirt mit Abstumpfung resp. Aufhebung der Gefühlsempfindung aller Qualitäten in diesen Theilen. Dazu gesellt sich in dem einen Falle noch eine solche im rechten Trigeminusgebiet und im anderen eine solche in der rechten Hinterhaupts- und Gesichtsgegend.

Nach Besprechung der bekannten ähnlichen Fälle in der Litteratur und der möglichen Annahme von einem oder mehreren Herden in Rückenmark oder Medulla oblongata kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass dadurch die Erscheinungen nicht erklärbar sind und dass es sich hier um traumatische Neurosen handelt.

Dauber (Würzburg).

433) Thomas R. Pooley (New-York): Ophthalmoscopie bei Otitis media. (On the value of the ophthalmoscope as an aid to the diagnosis of cerebral disease in purulent affections of the middle ear.)

(The Medic. Record, 15. Aug. 1886.)

Verfasser stellt auf Grund fremder nud eigener Beobachtungen, über die er theilweise ausführlicher berichtet, unter Anderem folgende Sätze auf:

1. Das Ophthalmoscop ist für die Erkennung von Gehirnkrankheiten äusserst wichtig, da es in einer Reihe von Fällen die auf Grund anderer Symptome

gestellte Diagnose bestätigen, in einer anderen, wo andere oder wichtigere Symptome fehlen, die richtige Diagnose allein stellen lassen kann. 2. Bei Erkrankungen des Mittelohrs sind stets die Sehnerven ophthalmoscopisch zu untersuchen, da in Fällen secundärer Meningitis das Auffinden einer Neuritis optica am ehesten die richtige Diegnose stellen lässt. Da das Sehvermögen selbst bei heftiger Entzündung der Sehnerven nicht beschränkt zu sein braucht, ist auf eine nicht ophthalmoscopische Prufung kein Verlass. 3. Beschränkt sich die Erkrankung auf das Mittelohr und den Warzen. fortsatz, so fehlt jedesmal eine Neuritis optica. Wird sie angetroffen, so muss die Diagnose auf Ausdehnung der Ohrerkrankung auf das Gehirn gestellt werden, ganz gleich, ob andere Symptome, die dafür sprechen, vorbanden sind oder nicht. 4. Die Form der Neuritis optica ist ia allen hierher gehörigen Fällen dieselbe, wie bei Affectionen des Gehirns überhaupt; es kommen alle Grade von der einfachen venösen Stase bis zur stärksten Verdunke'ung der Sehscheibe vor und zwar am deutlichsten auf der Seite, wo die Ohrkrankheit sitzt. 5. Aus dem Vorhandensein einer Neuritis optica lässt sich nicht ohne Weiteres auf den Sitz und die Natur der Erkrankung schliessen. 6. Neuritis optica findet sich häufiger in Fällen von chronischer eitriger Otitis media, als in acuten. 7. In den Fällen von Hirnläsionen durch Otitis media purulenta, in denen eine Neuritis optica beobachtet und auch bei der Section gefunden wurde, handelte es sich jedesmal um Abscesse des Hirns und Kleinhirns, Meningitis und Sinusthrombose, die entweder jedes für sich oder gemeinsam, wie in Verfassers Falle, vorhanden waren. 8. Da die Eröffnung des Warzenfortsatzes heutzutage nicht mehr gefährlich ist, so soll man in betreffenden Fällen sich zu ihr entschliessen. auch wenn noch keine fortgeschrittene Neuritis, sondern erst ein Oedem der Sehscheiben festgestellt ist. 9. Die Frage, ob man sich durch das Vorhandensein einer Neuritis optica zur Eröffaung der Schädelhöhle, der Hirnhäute, des Gehirns u. s. w. verleiten lassen soll, ist schwierig zu beantworten; jedenfalls müssen dabei alle anderen Symptome der Erkrankung berücksichtigt werden. Voigt (Oevnhausen).

434) Kattwinkel: Die Aufhebung des Würgreflexes und ihre Beziehung zur Hysterie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 57, p. 549 ff.)

Verfasser untersuchte bei 104 Fällen von Hysterie in der Münchener Klinik das Verhalten der Rachenorgane und zwar prüfte er Motilität, Sensibilität (Berührung, Schmerzempfindung, Thermosensibilität, Ortssinn) und Reflexe. Er hatte bei diesen 104 Fällen 100 mal Gelegenheit, die Reflexe, sowohl bei Berührung des Rachens als des Kehlkopfs, aufgehoben zu finden, obwohl mit Ausnahme ganz vereinzelter Fälle die Sensibilität normal war. Er zieht deswegen den Schluss, dass die Aufhebung des Rachen-Kehlkopfreflexes auf einer Störung im Reflexbogen beruht. Ferner stellt er den Satz auf, "dass die Aufhebung des Würgreflexes als hysterisches Stigma betrachtet werden muss, das in Concurrenz mit anderen Symptomen die Diagnose zu sichern im Stande ist".

Dauber (Würzburg).

435) K. Pichler: Ueber ein eigenartiges Symptom bei Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube.

(Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 24.)

Bei einem Falle von Tumor der hinteren Schädelgrube, sowie bei einem Falle von Thrombose der Basilararterie sah Verfasser folgendes Symptom: Beim Aufrichten des Patienten aus der Horizontallage in sitzende Stellung sistirte die Athmung in Expirationsstellung, dann folgten tiefe, verlangsamte, schnarchende Athemzüge. Im ersten Falle fand sich ein Myxofibrom des linken Acustico-Facialis, das den Pons und die Medulla oblongata nach rechts, die linke Kleinhirnhemisphäre nach links verdrängte und die linken V., VI., VII. und VIII. mehr oder weniger geschädigt Bei diesem Falle schlossen sich an die während 3 4 Jahren mit der Sicherbeit eines Experimentes zu erzeugenden Respirationsstörungen jedesmal clonische Zuckungen mit Bewusstseinsverlust, Pulsverlangsamung und Rechtsdrehung des Kopfes. - Im zweiten Fall fand sich neben der Thrombose der Basilararterie eine erbsengrosse Erweichung im Pons. - Wie Verfasser hervorhebt, ist das beschriebene Symptom schon einmal von Hallopeau und Girandau beobachtet. Zur Erklärung desselben nimmt er eine darch das Aufsitzen verursachte Circulationsstörung, wahrscheinlich venöse Hyperamie im Athmungscentrum, an.

Loewenthal (Braunschweig).

2. Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

436) N. Ortner: Zur Lehre von der gleichseitigen Hemiplegie bei cerebralen Erkrankungen.

(Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 25.)

Für die Localisation einer einseitigen cerebralen Störung legt Verfasser den grössten Werth auf Differenzen in der Athmungsbetheiligung beider Körperhälften. Dies Symptom scheint ihm von ausschlaggebender Bedeutung in den Fällen cerebraler Läsion, die wegen tiefen Comas eine halbseitige Extremitätenlähmung nicht erkennen lassen, oder auch in solchen, wo therhaupt keine sichere Differenz im Verhalten der Extremitäten und des Facialis-Hypoglossusgebietes nachweisbar ist; ferner auch in Fällen von scheinbarer "gleichseitiger" Hemiplegie. Verfasser beobachtete nämlich zweimal Zurückbleiben einer Thoraxhälfte mit leichter Steifigkeit der gleichseitigen Extremitäten, während die Glieder der anderen Seite scheinbar schlaff gelähmt waren. Für die Diagnose berücksichtigte er nur das Verhalten der Athmungsmuskulatur und die Section gab ihm Recht. daher für die Mehrzahl der berichteten "gleichseitigen" Hemiplegien, dass die scheinbare schlaffe Lähmung nur Ausdruck des Hirntorpors, dass aber die Reactivbewegungen der scheinbar gesunden Körperhälfte nur Reizsymptome Seitens der lädirten Hemisphären seien. Die beiden Fälle des Verfassers wie die Litteraturübersicht zeigen, dass sich die scheinbare gleichseitige Hemiplegie vorzugsweise bei den Blutungen der Meningen findet. Darum sei die Athmungsdifferenz von besonderer Wichtigkeit für die Wahl der zu trepanirenden Schädelseite.

 $\mathsf{Digitized}\,\mathsf{by}\,Google$

(Wernicke besonders betont, dass im apoplectischen Coma bäufig die gelähmte Seite nur an der verminderten passiven Beweglichkeit gegentber der gesunden zu erkenuen ist; schon hierdarch war in den Fällen des Verfassers die "gleichseitige" Hemiplegie auszuschliessen. Ref.)

Loewenthal (Braunschweig).

437) D. Frank: Hemiplegie und Tabes.

(Russ. Archiv für Psychiatrie 1897, Bd. XXIX, Nr. 2.)

Verfasser bringt eine genaue Litteraturübersicht über das gegenseitige Verhältniss von Tabes und Hemiplegie. Die herrschende Ansicht, dass letztere bei Tabes eine transitorische Erscheinung bilde, welche durch keine besonderen grob-anatomischen Aenderungen bedingt sei und in Folge dessen nur als Symptom der Tabes und richt als selbstständige Complication dieser Krankheit betrachtet werden müsse, ist durch die Untersuchungen von Wernicke, Moses und besonders Minor stark erschüttert. Beobachtungen des Verfassers dienen gleichfalls zur Bestätigung des Gesagten. Im ersten Falle handelt es sich um ein 23jähriges Mädchen, bei welchem zwei Jahre nach erfolgter syphilitischer Infection bei Abwesenheit einer specifischen Behandlung eine schwere rechtsseitige Hemiplegie mit Sprachverlust eintrat. Fast gleichzeitig hiermit die ersten Erscheinungen der Tabes. Etwas mehr als ein Jahr hierauf bot die Kranke ausgesprochene Symptome letzterer Krankheit dar, die Folgen der Hemiplegie waren noch nicht vollständig geschwunden. - Der zweite Fall betrifft einen 39jährigen Mann, der 5 Jahre nach der syphilitischen Infection an den Erscheinungen der Tabes dorsalis erkrankte. Einige Monate später fühlte Patient ganz plötzlich Schwäche der linken Extremitäten. Nach einigen Tagen verschwand dieselbe, aber bald darauf trat plötzlich bei Bewusstseinsverlust linksseitige Hemiplegie ein, deren Folgen nach 4 Jahren, als Verfasser den Patienten zu sehen bekam, nicht verschwunden waren. Die Erscheinungen der Tabes hatten sich im Laufe dieser Zeit bedeutend gesteigert. Als atiologische Ursache sowohl für die Tabes als auch für die dieselbe complicirende Hemiplegie in beiden Fällen sieht Verfasser die Syphilis an.

H. Didrichson (Petersburg).

438) Bischoff: Cerebrale Kinderlähmung nach Schhügelbutung. (Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XV, H. 2 u. 3)

In einem Falle von Kinderlähmung, welcher im Alter von 31 Jahren im stat. epilepticus zu Grunde gegangen war, ergab die Autopsie einen Herd im linken Sehhügel, dessen dorsale Hälfte in eine Höhle verwandelt war, secundäre Veränderungen im corpus mammillare, im rothen Kern, in der Schleife, in den Hinterstrangkernen der rechten Seite und in der linken Pyramide. Der Verfasser adoptirt in Betreff der Sehhügel die Anschauung Meynert's, deren Aufgabe darin bestände, der Rinde Bewegungsgefühle zuzuführen. Daher sei es nicht nothwendig, zur Entstehung dauernder Lähmungserscheinungen nach einer Sehhügelerkrankung eine locale Schädigung der Pyramidenbahnen in der inneren Kapsel anzunehmen. Aus der Verbindung durch Projectionsfasern der einzelnen Kerne des Sehhügels mit gewissen Zonen der Hirnrinde lasse sich folgern, dass eine Zerstörung der

Kerne des Sehhügels die Functionen der zugehörigen Rinde störe und auf diese Weise die motorischen Reizungs- und Lähmungserscheinungen bei den Sehhügelerkrankungen zu Stande kämen.

Behr (Riga).

439) Th. Ziehen: Obergutachten über die Zuverlässigkeit der Angaben eines Aphasischen über die Vorgänge bei der seiner Aphasie zu Grunde liegenden Schädelverletzung (Raubmordversuch).

(Vierteljahrsschr. für gerichtliche Medicin, Jahrg. 1897, 3. H., III. F., XIV. Bd., 1. H.) Der zu begutachtende p. H. wurde im December 1895 durch Beilhiebe auf den Kopf verletzt, einer dieser Schläge traf die linke Schädelhälfte in der Richtung von der Mitte des Scheitels gegen den äusseren Augenrand. Die Hirnschale wurde 41/2 cm weit durchgeschlagen, der Hieb ging 1 cm tief in den Schädelraum, so dass eine grössere Menge Gehirnmasse abfloss. Die Hauptverletzung traf demnach die Grenze von Stirn- und Scheitellappen. in erster Linie die Region der Beinbewegung (sulc. præcentral. super.) und dehnte sich sowohl nach dem Scheiteltheil (Gegend der Beinbewegung) als auch den abwärts gelegenen Centren der Gesichts- und Sprachbewegungen Es bestand allmählich zurückgehende Lähmung des rechten Beines, des Armes, der rechten Gesichtshälfte und der Sprache, von denen sich die Lähmung des Armes am längsteu und stärksten erhielt. mässigen Grad von Paraphasie machte sich bei der ca. 3 Monate nach der Verletzung vorgenommenen Untersuchung eine deutliche Amnesie für die Ereignisse zur Zeit jener That bemerkbar; ausserdem war das Zahlengedächtniss wie jedes Operiren mit Zahlen gestört. Bei der Begutachtung handelte es sich darum, festzustellen, welcher Werth den Angaben des H. tiber die Ereignisse während resp. vor der That und die Person des Thäters beizumessen ist. In Frage kamen 3 Formen von Gedächtnissstörungen: 1. allgemeine Gedächtnissschwäche, 2. sog. Amnesie, 3. Seelenblindheit, Seelentaubheit. Z. nimmt an, dass es sich nach Art der - hier nicht näher auszuführenden -- Symptome und des Verlaufes um eine einfache Amnesie handelt, "deren Rückbildung noch nicht abgeschlossen erscheint". Nicht unwichtig ist es, bei der Verwerthung der Augaben derartiger Kranker die eigene Phantasiethätigkeit und Einflüsterungen anderer Personen auszuschliessen. Pollitz (Brieg).

440) E. Masing: Beitrag zur Sprachstörung bei Erkrankung der Insula Reilii. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1897, Nr. 21.)

Ein 12jähriger Knabe mit tuberculöser Meningitis zeigte bei vierwöchentlichem Krankheitsverlauf nur auf dem Gehiet der Sprache schwere Ausfallserscheinungen. Diese boten wesentlich das Bild der Paraphasie. Ausser dem bakannten Symptom des Sichversprechens wurde auch bemerkt, dass der Kranke offenbar vergass, mit wie viel Worten er etwas auszudrücken habe, dass er nach dem ersten richtig ausgesprochenen Wort glaubte, alles Nothwendige gesagt zu haben. Die Antworten erfolgten nämlich präcise, wenn sie kurz sein konnten. Aber statt "16 Minuten vor 3 Uhr" (beim Vorhalten der Uhr) sagte er wiederholt nur "16", dann "16 Minuten". Die Section ergab verbreitete Leptomeningitis tuberculose, welche nur an einer Stelle, an der linken Insel, auch auf die Hirarinde

übergegangen war. Die Rinde der linken Insel zeigte bräunliche Erweichung, welche die Capsula externa in ihren Bereich zog und bis ans Claustrum reichte. Dritte Stirn- und erste Schläfenwindung waren intact.

Mercklin.

441) Gorham Bacon: Ein Fall von Otitis media acuta mit nachfolgendem Abscess im Lobus temporo-sphenoidalis. Operation. Tod durch Shock. Autopsie.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XXX, H. 4.)

Im Anschluss an eine geringfügige links seitige Ohreiterung bekommt Patient sensorische Aphasie. Er vermag vorgehaltene Gegenstände nicht zu benenuen. Ausserdem ist Obstipation, linksseitiger Kopfschmerz und ein systolisches Herzgeräusch vorhanden. Da Verdacht auf Hirnabscess besteht, wird zunächst der Warzenfortsatz aufgemeisselt; das Antrum enthält Eiter in mässigen Massen. Nach der Operation wächst das Gedächtniss des Patienten wieder für die Namen vorgehaltener Gegenstände. Lann jedoch beginnt er aufgeregt zu werden, lacht kindisch, hat Tremor der Zunge und der Lippen, eine Neuritis optica geringen Grads wird constatirt und damit der Verdacht auf einen Abscess des lobus temporo sphenoidalis rege gemacht. Bei der Operation wird der Abscess gefunden und entleert. Patient stirbt jedoch zwei Stunden später. Bei der Section sieht man nach Entfernung der dura mater ein Loch in der Hirnsubstanz an der inneren Hälfte der dritten Temporo-sphenoidal. Windung, welches 2 cm im Durchmesser beträgt. Eine Partie erweichten Hirngewebes, deren Ausdehnung 3 cm im Durchmesser beträgt, nimmt die hintere Hälfte der dritten Temporosphenoidal-Windung ein. In diese erweichte Hirnmasse liegt der Quere nach eingebettet eine röthliche, einem Blutklumpen ähnelade Masse, welche 3 cm an Länge und 1 cm an Breite misst. Die unter der Rinde gelegene Hirnsubstanz des ganzen unteren Temporo-sphenoidal-Lappens ist erweicht und mit Blutstreifen durchsetzt. Peltesohn (Berlin).

442) Emil von Grosz: Pathogenese und Bedeutung der im Gefolge von Hirntumoren auftretenden Papillitis.

(Ungar. med. Presse 1897, Bd. II, Nr. 8.)

Bezuglich der Pathogenese der Papillitis im Gefolge von Hirngeschwülsten kommt Verfasser auf Grund einiger eigenen Beobachtungen, sowie der in der Litteratur beschriebenen anatomischen Untersuchungen und Thierexperimente zu der Ueberzeugung, dass man bei dieser Erscheinung zwei Gruppen unterscheiden müsse: die eine Form entsteht durch Stauung, die andere durch Entzündung. In diesem Sinne würden die eigentlichen Tumoren die Stauungsform, die Tuberkel und das Gumma die entzündliche Form bedingen. Nur im Anfange ist das Bild des Augenhintergrundes deutlich zu unterscheiden, insofern im ersteren Falle die sich vorwölbende Papille durchscheinend ist und die Venen auffallend erweitert erscheinen, im letzteren aber die Venen von einer Exsudatschicht bedeckt sind und der entzündliche Process auch auf die Netzhaut übergreift. Das Sehvermögen ändert sich bei der ersten Form gar nicht oder nur wenig, bei der zweiten geht dasselbe alsbald zu Grunde. In dem späteren Stadium jedoch schwinden diese Unterschiede.

Die gunstigen Erfolge, die verschiedentlich durch palliative Trepanation bei Papillitis erzielt worden sind, lassen diesen Eingriff sehr berechtigt erscheinen, besonders in dem Falle, wenn der Hirntumor nicht zu entfernen, ja sogar nicht einmal aufzufinden ist.

Buschan.

443) E. Moritz (St. Petersburg): Zur Diagnose von Cysticerken im Gehirn. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1896, Nr. 10)

Auf Grundlage eigener Beobachtungen, die vorgeführt werden, und nach sorgfältiger Heranziehung der vorhandenen Litteratur stellt M. folgende Sätze auf, deren Berücksichtigung es bisweilen ermöglichen soll, vor der Obduction auch ohne aussere Cysticerken in der Haut eine Diagnose auf Cysticercus des Gehirns auszusprechen. 1. Es bestehen Zeichen einer schweren fieberlosen, nicht entzundlichen Hirnkrankheit von allmähliger Entwicklung mit vorwiegend den Character der Reizung tragenden Symptomen. 2. Ausfallserscheinungen, besonders Lähmungen, sprechen gegen Cysticercus (ausser wenn sie das Finale bilden). 3. Stauungspapille constant auch bei subjectiv gutem Befinden. 4. Abwesenheit von Lues, Alcoholismus, Arterioaklerose. 4. Unterscheidung von anderen Tumoren nur bei länger dauernder Beobachtung möglich. Die bösartigen Neubildungen zeigen ein viel gleichmässigeres Fortschreiten zu schweren Störungen. Auch Gliome, isolirte Tuberkel zeigen protrahirten Verlauf, doch sind die Beschwerden Kopfschmerz, Schwindel viel constanter. Langsam wachsende Cysticerken machen scheinbar unmotivirte, regellose Verschlimmerungen, mit welchen Zeiten relativ guten Befindens abwechseln können. Diese Intervalle können Wochen und Monate dauern, werden aber von neuen heftigen Anfällen (Krämpfe, Kopfschmerz, Schwindel) abgelöst. 6. Der Tod erfolgt meist plötzlich in einem Aufall unter Convulsionen. Mercklin.

444) Walther Channing: Report of a case of tumor of the thalamus with remarks on the mental symptoms.

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1896, S. 530.)

41 jährige Lehrerin von nervösem Temperament litt 20 Jahre lang jeden Juni an Heufieber und Asthma; vor einem Jahre wurde sie dasselbe durch das Mittel eines Specialisten endlich los. Im October 1895 fiel die Kranke wegen ihrer extravaganten Reden und Handlungen auf. Sie zeigte damals auch Perioden von Depression, klagte über zeitweilig hinter dem rechten Auge auftretende Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Ende November trat sie ins Spital ein. Hier diagnosticirte man eine acute Manie milder Form. Ferner wurde festgestellt: Schwäche des linken Armes, normales Verhalten der Pupillen, sichtlich gesteigerte Kniereflexe, Unmöglichkeit, mit den Augen dem Finger zu folgen, zeitweilige Nausea, Unfähigkeit, sich auf den Beinen zu halten wegen Schwäche des linken Beines, sowie Geschmackund Gehörshallucinationen. Sensibilität liess sich nicht feststellen. Nach Verlauf einer Woche fiel die Kranke in einen stuporösen Zustand. linke Arm und das linke Bein, sowies pater das rechte Bein und die Zunge zeigten vollständige Lähmung. Die Respiration wurde unregelmässig etc. und die Kranke starb. Digitized by Google

Die Section ergab ein vasculäres Gliom, das den ganzen Thalamus opticus einzunehmen schien, nach hinten über seinen hinteren Rand hinausging und nach vorn zu bis zur Verbindung von Nucleus caudatus und Thalamus reichte.

Buschan.

445) Bischoff: Zwei Geschwülste der Brücke und des verlängerten Marks (Jahrb. für Psysh. u. Neurol., Bd. XV, H. 2 u. 3.)

Der eine Fall betraf einen Mann von 35 Jahren, welcher unter den Erscheinungen der allgemeinen Ermüdbarkeit erkrankte. Im weiteren Verlaufe des Leidens, welches sich über Jahre erstreckte, entwickelten sich eine linksseitige Abducens- und Facialisparese, eine Lähmung der Muskulatur der rechten Extremitäten, complicirte Augenmuskellähmung, linksseitige Taubheit, Lähmung und Atrophie der linken Kaumuskeln, der linken Zangen. hälfte, Hyperästhesie der linken Gesichtshälfte und der rechten oberen Extremität, Ataxie des linken Armes, Steigerung der Patellarreflexe, neuralgische Beschwerden in den Armen und im rechten Bein, Kopfschmerz, Brechreiz und eine Abnahme der Intelligenz. Die anatomische Untersuchung ergab ein Gliom, welches die ganze Hälfte der Brücke und des verlängerten Markes einnahm und eine Syringomyelie des Rückenmarkes. Im zweiten Falle trat im Beginne der Erkrankung eine rechtsseitige Abducensparese auf, zu welcher sich rasch Facialisparese und Taubheit derselben Seite gesellten. Einen Monat vor dem Tode des Kranken traten Paresen der recti extern. und intern. beider Augen, rechtsseitige totale Lähmung des Facialis, rechts vollständige Taubheit, links Schwerhörigkeit, Parese und Ataxie der linken Extremitäten, Abstumpfung der Sensibilität der linken Gesichts- und Körperhälfte und Pulsbeschleunigung auf. Die Section ergab ein Sarcom, welches beide Hälften der Medulla oblongata, die rechten Ponshälften und die rechten hinteren Vierhügel ergriffen hatte. Degenerationen fehlten fast völlig, was dafür spricht, dass auch in den scheinbar völlig des Nervengewebes beraubten Theilen Nervenfasern liegen, die nicht nachweisbar sind und dass Faserzuge, die an den Rändern der Geschwulst zusammengedrängt liegen, nicht mehr richtig erkannt werden. Behr (Riga).

446) Dubbers (Bunzlau): Ein Fall von Tastlähmung. (Neurol. Centralblatt 1897, Nr. 2.)

Patient erhielt in der Schlacht bei Wörth einen Schuss in den Kopf. Die Kugel wurde nicht aufgefunden. Die danach eingetretene linksseitige Lähmung ging nur allmählig zurück. Er wurde als dauernd Ganzinvalide entlassen (Kribbelgefühl links und Schwindel bei längerem Stehen und raschen Bewegungen). Bereits 1871 anfallsweise auftretende Krämpfe der linken Körperhälfte mit Bewusstlosigkeit, die später immer häufiger wurden, während er sich immer mehr dem Trunke ergab. Wegen epileptischer Geistesstörung 1894 in die Anstalt Bunzlau aufgenommen, zeigte er neben häufigen Anfällen auf der linken Körperhälfte eine geringe Herabsetzung der Empfindlichkeit für Berührung, Herabsetzung der groben Kraft der linken Hand, welche unfähig ist, kleine Gegenstände aufzuheben und complicirte Bewegungen auszuführen, als besonders auffälliges Symptom aber die Unfähigkeit, mit verbundenen Augen Gegenstände, die ihm in die linke

Digitized by GOOGLE

Hand gegeben sind, durch Betastung zu erkennen, während die rechte sie sofort richtig erkennt.

Am rechten Scheitelbein, etwa 7 cm oberhalb des zusseren Gebörgangs, befand sich ein Knochendefect, dessen Berührung (deutliche Pulsation) Schmerzen, Unruhe und Aengstlichkeit hervorrief. D. localisirt den Sitz der Erkrankung an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel der hinteren Centralwindung und glaubt, dass auch ein Theil des Gyrus supramarginalis, mit ergriffen ist.

Hoppe.

447) F. M. Ferguson: A penetrating wound of the skull and brain. (The New-York Medical Journal 1896, 12. September.)

Ein 35jähriger Fuhrmann erlitt bei Zertrümmerung seines Wagens eine Zerreissung der Kopfhaut oberhalb des rechten Auges mit Depressionsfractur des Schädels. Gleich darauf zahlreiche clonische Zuckungen in Armen, Beinen und Sopor. Die deprimirte Partie schien über 1/2 lang und lag in der Birauricularlinie mitten zwischen äusserem Gehörgung und Glabella. Bei der Trepanation wurde ein Knochenstück und ein 184 langer Holzsplitter entfernt, welcher transversal in das Gebirn einge rungen war. Die Blutung warde gestillt und Jodoformgaze auf das pulsirende Gehira Zwei Stunden nach der Operation ergab die Prüfung vollständige Lähmung der rechten Körperhälfte, ausserdem Anästhesie in der linken Gesichtshälfte und im linken Arm. Am nächsten Tage noch starkes Er-Bei dem täglichen Verbandswechsel entleerten sich in den nächsten Tagen noch Hirntrümmer und Kohlenpartikel. Das Befinden besserte sich nunmehr langsam, die Lähmung schwand allmählig unter Anwendung des galvanischen Stroms, doch hatte die Hand noch nach 3 Mouaten nicht ihre normale Kraft. Hoppe.

448) A. Muratoff: Anhaltende corticale Krampfanfälle bei progressiver Paralyse.

(Russ. Archiv für Psychiatrie 1897, Bd. XXIX, Nr. 1.) Vorliegende Arbeit behandelt ausführlich zwei Fälle von progressiver Paralyse, bei welcher klinisch u. A. anhaltende corticale Krampferscheinungen zur Beobachtung kamen. Beide Fälle endeten letal und Verfasser unterzog das centrale Nervensystem derselben der pathologisch-anatomischen Unter-Auf seine Beobachtungen gestützt, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Bei der progressiven Paralyse werden zuweilen anhaltende Krampfzustände beobachtet, welche mit den Krämpfen bei der Jacksonschen Epilepsie Aehnlichkeit haben. 2. Diese Krämpfe fallen gewöhnlich mit apoplectiformen Anfällen zusammen, wobei einseitige Paralyse und Verlust der Sensibilität, auch des Muskelgefühls auftreten. 3. In allgemeinpathologischer Hinsicht stellen diese Krämpfe die post epileptische Erscheinung eines corticalen Anfalls dar, da dieselben auch bei der gewöhnlichen Jackson'schen Epilepsie, aber schnell vorübergehend, vorkommen. Anfalle sind eine Folge der Verbreitung des encephalitischen Processes auf die Centralwindungen, wobei starke und ausgebreitete Entartung der fibræ arcuatæ eintritt. 5. Aehnliche Anfälle treten auch ausser der progressiven Paralyse bei anderen Krankheiten auf als Folge eines diffusen

degenerativen Processes der Zellen und Fasern der motorischen Sphäre. 6. Fälle von progressiver Paralyse mit anhaltenden Krämpfen geben eine schlechte Prognose. 7. Therapeutische Eingriffe tragen den Character verhütender Massregeln und sollen die Erregbarkeit der Hirnrinde herabsetzen.

D. Frank (Petersburg).

b) Rückenmark.

449) Scarpaletti: Befund von Compression und Tuberkel im Rückenmark.
(Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XV, H. 2 u. 3)

Bei einem geisteskranken Manne, welcher an einem tuberculösen Process in der Gegend des VIII. Brustwirbels und der linken fossa Sylvii litt, ergab die microscopische Untersuchung des Rückenmarks mit Hilfe der Methode von Marchi, dass die Vorderstränge, welche am stärksten dem Druck des Tumors ausgesetzt waren, geringe degenerative Veränderungen aufwiesen, während die Hinterstränge der Entartung völlig anheimgefallen waren. Diese Thatsache beweist aufs Neue, dass bei einer Druckzunahme im Wirbelkanale die Hinterstränge zuerst entarten. Die Degeneration der auf- und absteigenden Stränge des Rückenmarkes wurde von pathologischanatomischer Seite als eine Giftwirkung des Eiters oder als eine Fernwirkung des Tuberkel aufgefasst Der Verfasser glaubt dagegen, nachzuweisen, dass in Folge der Druckwirkung des Eiters eine Gefässverlegung entstand, die ihrerseits die Veränderungen im Nervensystem hervorrief. Für die Druckwirkung sprachen Markscheidenquellungen und der Umstand, dass die Compressionserscheinungen nur an den Stellen nachzuweisen waren, welche von dem Eiter umspült werden. Die Gefässversorgung war an den inselförmigen Anordnungen der einzelnen dichteren Schollen von keilförmigem Character kenntlich. Von Interesse war in diesem Falle, dass der Kranke trotz der Degeneration der Pyramidenbahnen und trotzdem er während des Lebens seine Beine nicht activ bewegen konnte, in einem deliriösen Zustande aufstand und wandelte. Wie man aus solchen Beispielen immer wieder ersieht, ist das Uebergewicht der Hirnleistung doch im Stande, die noch nicht degenerirten Fasern zu einer ausserordentlichen Kraftleistung anzuspornen. Behr (Riga).

450) Josef Collins: Tumor of the medulla.

(Journ of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 2.)

28jähriger Mann, der Lues in Abrede stellte und äusserst mässig gelebt haben will, verspürte vor 8 Monaten zum ersten Male Taubheit in den Fingern der linken Hand. Dieses Missgefühl stieg allmählich den Arm hinauf und dann auf die linke Unterextremität über. Vor ungefähr 3 Wochen "Steifheitsgefühl" auf der linken Kopfhälfte und Schwerfälligkeit in der linken Ober- und Unterextremität. Vor 8 Tagen Status präsens: Kopf fixirt und leicht nach links gezogen. Keine Augenmuskellähmung. Pupilleu normal reagirend. Augenhintergrund normal. Sehen und Farbenempfindung desgleichen. Geschmack und Geruch, Aussprache normal. Kniereflexe beiderseits gesteigert, besonders links; hier auch Fussclonus. Tricepsreflex links gesteigert. Linke Hand entschieden atactisch. Patient vermochte zu gehen und die Oberextremität in jeder Richtung zu bewegen. Deutliche Abnahme der Empfindung für Schmerz über dem ganzen Körper, selbst

über den Schleimhäuten; tactile Sensibilität ungestört, Temperatursinn ausgezeichnet erhalten. Psychische Sphäre intact. Im Harn Eiweiss, kein Zucker. Puls und Respiration beschleunigt. 1020 F.

Nach 3 Tagen stellte sich der Kranke wieder vor; Somnolenz und Lungenödem. Probepunction ins Gehirn ergab keine ungewöhnliche Ausammlung von Flüssigkeit. Am zweiten Tage nach der Operation 105° Temperatur trotz fehlender Anzeichen für Sepsis. Tod. Die Section ergab einen Tumor, der den grössten Theil des Rückenmarkes (bis auf eine geringe Schicht) zerstört hatte.

Buschan.

451) Brissaud: Le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale.

(Progrès méd 1897, 29.) Die häufigste Form luetischer Rückenmarkserkrankung ist eine chronische Meningomyelitis, welche entweder durch Compression der Wurzeln oder des Markes klinische Erscheinungen hervorruft. Die Affection kann einseitig und doppelseitig sein. Verfasser stellt 4 Typen auf: 1. Paraplègie sensitivo-motrice bilatérale. 2. Paraplégie sensitivo-motrice unilatérale. 3. Paraplégie motrice du membre droit, anesthésie gauche (und vice versa). 4. Double hémiparaplégie motrice avec double anesthésie croisée. Nr. 3 stellt das Brown-Sequard'sche Symptomenbild dar, Nr. 4 dasselbe doppelseitig und ist klinisch identisch mit Nr. 1, aber nicht pathogenetisch. Bezüglich der Sensibilitätsstörung weist Verfasser auf die Häufigkeit des Vorkommens der dissociation syringomyélique hin, welche zu Verwechselung mit Syringomyelie Anlass geben kann. Er theilt einen Fall mit, welcher den 4. Typus darstellt: Ein 41 jähriger Mann erkrankte vor 5 Jahren an Lues; 1 Jahr nach der Infection trat plötzlich schlaffe Lähmung des linkes Beines, Anästhesie des rechten Beines und Blasenlähmung auf. Nach energischer Behandlung wesentliche Besserung. Ein Jahr später trat Lähmung des rechten Beines mit Anästhesie des linken hinzu. Der Zustand blieb stationär und zur Zeit wurde constatirt: Links: spastische Lähmung, verstärkte Patellarreflexe, fibrilläre Zuckungen, keine Atrophie; daneben Hypästhesie in allen Qualitäten, besonders der thermischen Sensibilität. [Rechts: schlaffe Hemiparese, leicht gesteigerte Patellarreflexe, geringe Bewegungsmöglichkeit; absolute Analgesie, Thermanästhesie, tactile erhalten. Also beiderseitiger Brown-Séquard'scher Symptomencomplex, jedoch an Stelle der completen Anasthesie findet sich beiderseits syringom velitische Dissociation der Anasthesie. Da beide Affectionen im gleichen Niveau sein müssen, so nimmt Verfasser eine Läsion an, die allmählich fortgeschritten ist und zwar handelt es sich entweder um Gumma oder um bilaterale Ischämie in Folge von Arteriitis obliterans. Bei der Seltenheit des Vorkommens von Gummata in der Marksubstanz ist die Annahme einer ischämischen Läsion die wahrscheinlichere.

Lehmann (Werneck.)

452) Hermann Strauss: Ueber zwei gleichartige Fälle von rasch entstandener Ataxie mit Muskelsinnsstörungen und Fehlen der Patellarreflexe. Ein klinischer Beitrag zur Lehre von den Neuronerkrankungen. (Charité-Annalen, XXI.)

I. 33jähriger Mann. In der Anamnese weder Lues noch Potus noch sonstige Intoxication. August 1895 Schwächegefühl in den Beinen, das sich bald so steigert, dass Patient sich nicht mehr ohne Unterstützung aufrecht halten kann. Vorübergehend leichte Blasenstörungen und Parästhesien in den Füssen. Die Untersuchung ergiebt im Decembes 1895: Hypotonie der Muskulatur der unteren Extremitäten, keine Atrophie einzelner Muskelgruppen, hochgradige, der tabischen gleichende Ataxie in den Beinen; Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, Störungen des Lage- und Muskelgefühls in den Beinen, während im Uebrigen die Sensibilität fast völlig normal sich verhält. Kein sonstiger pathologischer Befund, speciell nicht an den Pupillen. Im Laufe der Beobachtung wiederholt Brechanfälle, aber ohne Schmerzen und nicht ganz plötzlich cessirend. Gelegentlich zuckende Empfindungen in den Beinen, vorübergehend schmerzhafte Schwellung am rechten Fussrücken, anfängliche Steigerung, nachher allmählicher Stillstand der Erscheinungen in 5 monatlicher Beobachtung.

II. 34 jähriger Mann. Auch hier weder Lues noch Potus. Juli 1894 Schwächegefühl in den Beinen. Nach $2^1|_2$ Monaten arbeitsunfähig. Blasenstörungen und Parästhesien in den unteren Extremitäten nur ganz unbedeutend. Status präsens vom November 1894 bietet im Wesentlichen dasselbe Bild wie bei I. Abnorme Schlaffheit der Muskulatur, hochgradige Ataxie, Fehlen der Patellurreflexe, Störungen des Lage- und Muskelgefühls, keine sonstigen Störungen der Motilität und Sensibilität. Im Verlauf allmähliche Progredienz der Ataxie; einmal vorübergehend Retentio urinæ.

In der Epikrise zu den beiden Fällen hebt Verfasser die Schwierigkeit einer genauen localisatorischen Diagnose hervor. Der Symptomencomplex Ataxie, Hypotonie, Fehlen der Patellarreflexe, Muskel- und Lagegefühlsstörungen deutet mit Wahrscheinlichkeit auf eine isolirte Erkrankung des ersten Muskelsinnsneurons. Auf Grund rein theoretischer Ueberlegung muss die Annahme specieller und zwar anatomisch selbstständiger Leitungsbahnen der Muskelsinnsleitung auch im peripherischen Nerven gemacht werden, die centrale spinale Bahn ist in den Goll'schen Strängen zu suchen. Die Diagnose schwankt nun in den vorliegenden Fällen zwischen der Annahme einer multiplen peripherischen Neuritis mit fast ausschliesslicher Betheiligung der Muskelsinnbahnen und derjenigen einer aufsteigenden Degeneration der Hinterstränge, welche von einem nicht genauer zu definirenden, wahrscheinlich diesseits der hinteren Wurzeln gelegenen Punkte ausgegangen ist. Die Abweichungen von dem landläufigen Bilde der Tabes dorsalis sind in der subacuten Entwicklung der Ataxie zu maximaler Höhe und in dem Fehlen stärkerer cutaner Sensibilitätsstörungen zu suchen.

Cassirer (Berlin).

453) M. Klippel: Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes.
(Arch. de Neur., April 1897.)

Störungen des Geruchs und Geschmacks sind nicht nur durch Affection des N. olfactorius und N. glossopharyngeus erklärbar, sondern können auch durch Erkrankung der betreffenden Trigeminuszweige allein bedingt sein. Es wird zwischen Abschwächung oder Verlust der beiden Empfindungsqualitäten einerseits und Parästhesien und "perversen" Empfindungen andererseits unterschieden. Besonderes Interesse erweckt die Schilderung einer halbseitig auftretenden "Crise nasale": Parästhetische Aura (Zusammenschnuren, Einsch'afen) in der Haut der Wange und der oberen Halspartie, danach Prickeln und Stechen in der Nasenschleimhaut, schliesslich anfalls-Die häufigste Perversion des Geschmacks ist der nach weises Niesen. faulen Fischen; während bei Ageusie die Speichelsecretion verringert ist, kann sie hier grosse Mengen (bis zu 2 1) erreichen; die Oberfläche der Zunge soll in diesen Zuständen grau verfärbt, das Papillenepithel verdickt Auf diesen Symptomen basirende psychische Störungen - wahn-Auslegungen im Sinne von Verfolgungsideen - traf Verfasser vorwiegend bei intellectuell geschwächten Tabikern. Da oft schon im Beginn der Erkrankung Geschmack und Geruch sich betroffen zeigen, betont Verfasser mit Recht, dass dieser Umstand diagnostisch sehr wohl verwerthbar ist. Der Verlauf ist meist continuirlich, kann aber auch intermittirend mit eingeschobenen Krisen sein.

Anatomischer Befund konnte in einem Falle erhoben werden. Degeneration im N. IX und dem Ganglion petrosum, ferner in deu vom Bulbus olfactorius zum Gehirn ziehenden Fasern, während im Ganglion Gasseri nur vereinzelte Zellen sich degenerirt fanden. Die Betheiligung des Trigeminus bei den Affectionen erklärt der Verfasser damit, dass derselbe die Innervation der Circulation und Secretion vermittelt und überhaupt die trophischen Fasern der betreffenden Schleimhäute enthält.

Bennecke (Jena).

454) Frenkel (Heiden in der Schweiz): Ueber Muskelschlaffheit (Hypotonie) bei der Tabes dorsalis.

(Neurol. Centralblatt 1896, Nr. 8.)

Während normale Männer in Rückenlage das im Knie gestreckte Bein nur bis zu einem gewissen Grade heben (im Hüftgelenk beugen) können in Folge eines Geführs schmerzhafter Spannung in der Muskelgruppe der Beuger (die aus Biceps femoris, Semimembranosus und Semitendinosus besteht), welche der Bewegung (der activen sowohl wie der passiven) eine Grenze setzt, können Tabiker das im Knie gestreckte Bein ungewöhnlich resp. anormal hoch heben, in excessiven Fällen so hoch, dass es mit dem Becken einen spitzen Winkel bildet. Diese pathologische Excursionsfähigkeit war an beiden Beinen nicht selten ungleich, doch waren stets beide Extremitäten betheiligt. Das Phänomen lässt sich nach F. nur durch eine Herabsotzung des Muskeltonus erklären, welche F. übrigens auch bei anderen Muskelgruppen gefunden hat. Das Gehen der Tabiker mit durchgedrückten Knieen ist wahrscheinlich ebenfalls durch eine Hypotonie der Muskulatur bedingt, welche Ober- und Unterschenkel im Knie fixirt.

Diese Hypotonie hat F. bei anderen organischen Erkrankungen des Centralnervensystems vergebens gesucht. Bei den schweren Formen von Ataxie hat F. das Symptom stets, im Beginn der Tabes niemals ausgesprochen gefunden. Ein constantes directes Verhältniss zwischen dem Grade der Tabes und dem Grade der Hypotonie scheint jedoch nicht zu bestehen.

Hoppe.

455) J. B. Charcot et Henri Dufour: De l'hémiarthrose tabétique et de deux symptomes rares dans le cours du tabes dorsalis, paralysie dans le domaine d'un nerf spinal (crural) et tremblement toxique de la langue.

(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, IX, 5.)

Bei einem 68jährigen Manne, der im 17. Lebensjahr syphilitisch inficirt war, entwickelt sich 6 Jahre später eine Tabes dorsalis, die mit lancinirenden Schmerzen einsetzt und später die klassischen Symptome der Tabes (beiderseits Westphal'sches Zeichen, Blasenbeschwerden, Sensibilitätsstörungen, Argyll-Robertson'sches Zeichen) aufweist. Die Besonderheiten des Falles liegen 1. in einer atrophischen Lähmung des N. oruralis dext., die plötzlich einsetzte und im Verlauf von 5 Monaten zur völligen Heilung führte. Die Lähmung gehört zu den im früheren Stadium der Tabes eintretenden und zeigt als solche das Characteristicum einer entschiedenen Heilungstendenz; derartige Paralysen sind verhältnissmässig selten; der anatomische Sitz ist noch nicht mit Sicherheit bekannt. Als zweites bemerkenswerthes Symptom ist eine Ataxie der Zunge zu erwähnen, die sich deutlich von dem hänfigen fibrillären Zittern der Zunge unterscheidet; es handelt sich um eine statische Ataxie, die bei demselben Kranken auch an anderen Muskelgruppen beobachtet wird. Drittens war auffällig das Auftreten einer Hämarthrose des linken Hüftgelenks. besondere Veranlassung und ohne Schmerzen entstand plötzlich eine Luraxio iliaca sin. mit Verkurzung des linken Beins. Nach einiger Zeit stellte sich an der Aussenseite des Oberschenkels eine Schwellung ein, die bald so erhebliche Dimensionen annahm, dass eine Incision gerathen schien; es wurden 11/2 Liter einer fast rein aus Blut bestehenden Flüssigkeit entleert. Es kam trotz antiseptischer Cautelen zur Eiterung, der der Kranke später erlag. Diese hämorrhagischen Gelenkergüsse bei Tabes sind viel seltener, als die einfach serösen; bisweilen findet sich auch ein Gemisch von Blut und seröser Flüssigkeit. Die Gefahr eitriger Infection ist stets eine sehr grosse. Cassirer (Berlin).

456) Grabowsr: Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Bulbärsymptemen.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 9, p. 82 ff.)

Die in diesem Falle beobachteten Bulbärsymptome bestanden in Störningen im Gebiete des Trigeminus, des Abducens, Oculomotorius, Glossopharyngeus, des Acusticus, sowie der Innervationsbahn der Kehlkopfmuskeln. Diesen Symptomen entsprachen (ausser den typischen Veränderungen der Tabes) Degeneration der Glossopharyngeuswurzeln, starke Degeneration der aufsteigenden Trigeminuswurzeln beiderseits, starke Atrophie der Oculomotoriushauptkerne, besonders des rechten, der Abducens- und Trochleariskerne (hauptsächlich rechts), mässige Degeneration des solitären Bündels beider-

Digiti:85 by Google

seits. Der Kehlkopflähmung entsprach Degeneration des linken N. recurrens, hochgradiger Faserschwund in den beiderseitigen extrabulbären Vaguswurzeln bei völliger Integrität der Accessoriuswurzeln. Die Kerne und intracerebralen Wurzeln des Vagus und Accessorius waren beiderseits unversehrt.

Nebensächliche Befunde bilden eine geringe aneurysmatische Ausbauchung der convexen Fläche der arcus aortæ, die jedoch nicht auf den N. recurrens drücken konnte, und eine auf der basalen Fläche des linken Kleinbirnlappens sitzende Cyste.

Diese intra- und extrabulbären Befunde lassen sich nur mit dem tabischen Process in ätiologischen Zusammenhang bringen, und es lässt sich der vorliegende Fall nur so erklären, wie schon ähnliche früher erklärt worden sind, dass nämlich der tabische Process an den peripheren sensiblen Nerven beginne und von hier centralwärts nach den hinteren Wurzeln und Strängen aufsteige. Dass dabei nur selten das Spinalganglion erkrankt gefunden wird, wird so erklärt, dass dabei das Spinalganglion der gewohnten sensiblen Erregungen entbehre, einer Art Inactivitätsatrophie verfalle und dadurch zwar functionell untüchtig werde, aber eine anatomische Schädigung noch nicht aufweise.

Diese Hypothese erweitert der Verfasser zur Erklärung der Recurrensund Vaguswurzeldegeneration bei intacten Kernon, indem er annimmt, dass der aufsteigende Process in den sensiblen Nerven im Rückenmark auf die Vorderhornganglien, in der Medulla auf die vorn liegenden Nervenkerne übergehe und diese ebenso wie die Spinalganglien schädige. Diese Anschanung finde eine Stütze in der neuerdings wieder von Oppenheim wahrscheinlich gemachten Thatsache, dass hintere Wurzeln continuirlich vom Hinterhorn in das Vorderhorn, theils derselben Seite, theils, die vordere Commissur durchlaufend, der anderen Seite übergehe.

Die Thatsache, dass beide extrabulbären Vaguswurzeln degenerirt waren bei intactem Accessorius und dessen Kernen, giebt Gr. den stricten Beweis seiner früher schon ausgesprochenen Annahme in die Hand, dass der Accessorius mit der motorischen Innervation des Kehlkopfs nichts zu thun habe und der Vagus allein die motorischen Bahnen für den Kehlkopf führe.

Dauber (Würzburg).

c) Peripherische Organe.

457) W. R. Gowers: A case of paralysis of the fifth nerve. (Edinburgh Medical Journal, January 1897.)

Die jetzt 49jährige Frau erkrankte im Alter von 31 Jahren, ohne dass irgendwelche Ursache speciell Lues nachweisbar war mit rasch vorübergehenden Schwindelerscheinungen, Doppeltsehen und Verlust des Gefühls in der rechten Schläfe. Aehnliche Anfälle wiederholten sich in den nächsten Jahren. Die erste Untersuchung nach 2 Jahren ergab eine seit 3 Monaten bestehende Anästhesie im Gesammtgebiete des rechten Trigeminus: die Anästhesie erstreckte sich auf die Conjunctiva, die Schleimhäute der Nase, des Mundes, der Zunge, des Gaumens. Ausserdem bestand völliger Verlust des Geschmackssinnes auf der ganzen rechten Zungenhälfte und des Geruchs, eine Lähmung der rechtsseitigen Kaumuskulatur, die später zu Atrophie der-

selben führte. Nach vorübergehendem Doppeltsehen trat 3 Jahre später völlige Lähmung des rechten M. rectus ext. ein. Das Krankheitsbild blieb durch lange Zeit ein völlig stationäres; niemals Kopfschmerzen, keine Neuritis optica. In letzter Zeit jedoch ergiebt die Untersuchung neben den schon erwähnten Symptomen eine geringe Schwäche an der rechtsseitigen Facialismuskulatur, ebenso in der Muskulatur der rechten Zungenhälfte, die faradisch schwerer erregbar ist, ausserdem besteht ein geringer Grad von Schwerhörigkeit. Ob als ätiologisches Moment der Störung Lues oder irgend ein anderes unbekanntes Agens angenommen werden muss, bleibt zweifelhaft. Jedenfalls bandelt es sich um einen Entzundungsprocess in den Nerven selbst. Für den Quintus versetzt G. den Erkrankungsherd cerebralwärts vom Ganglion Gasseri, wegen des Fehlens trophischer Störungen am Auge; an benachbarter Stelle ist auch der Abducens getroffen. Die zuletzt aufgetretenen Erscheinungen der rechtsseitigen Gesichts- und Zungenparese, ebenso wie die rechtsseitige Schwerhörigkeit deuten nicht, wie man zunächst annehmen möchte, auf eine Ausbreitung des Processes an der Basis cranii. Denn die genauere Analyse der Ohrerscheinungen erweist die Schwerhörigkeit als im Wesentlichen auf Mittelohrerkrankung zurückführbar, und für die anderen Störungen darf man annehmen, dass durch langjährige complete Quintusparalyse trophische Störungen in den von ihm innervirten Gebieten ausgelöst werden, die die geringe Insufficienz der betreffenden Muskeln erklären. - Bemerkenswerth ist der völlige Verlust des Geschmacks durch alleinige Erkraukung des Trigeminus. Dieser völlige Verlust bestand viele Jahre; erst in letzter Zeit war am hinteren Theile der Zunge eine sehr abgeschwächte Geschmacksempfindung wiedergekehrt. Cassirer (Berlin).

458) G. Pacetti: Sulle paralisi funzionali dei muscoli oculari. (Estratto del "Policlinico", Vol. III—IV, anno 1896.)

- P. beobachtete einige Fälle einseitiger Ophthalmoplegia bei Paralysis progressiva, bei welchen die Motilität des levator palpebræ resp. rectus internus zurückkehrte, wenn das gesunde Auge verdeckt wurde. Diese Bewegungen fanden isolirt statt (nicht als Mitbewegungen der Facialismuskulatur). P. erinnert an Beobachtungen von Ferréol, Graux, Poulin etc., bei welchen Lähmungen des rectus internus auftraten, auch wenn nur der Abducenskern afficirt war, selbst bei contralateraler, monocularer Untersuchung und bei der Convergenz.
- P. glaubt, dass bei vielen Ophthalmoplegien ein Theil der Lähmungen als rein functionell auf associativem Wege entstanden aufzufassen sei, dass der anatomische Process oft weit beschränkter sei, als es den Anschein habe. So wird die Prognose der Ophthalmoplegie häufig günstiger gestellt werden können, als es nach der Gesammtläsion auszusehen pflegt. Allerdings sei die functionelle Lähmung mitunter das Einleitungsstadium zur organischen.

Das Princip des Eingangs mitgetheilten Phänomens ist das gleiche, wie beim Strabismus. Gewöhnlich sieht der Patient monoculär. Wird nun das functionirende Auge ausgeschaltet, so wird er gezwungen, seine anderen

Bahnen zu innerviren, welche zwar gaugbar, wenn auch für gewöhnlich unbenutzt bleiben. Ernst Jentsch.

459] Kaufmann: Ueber einen Fall von gleichseitiger, acut aufgetretener Erkrankung des Acusticus, Facialis und Trigeminus.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. XXX. 2. H., S. 125.)

Unter Fieber und Allgemeinerscheinungen bildet sich bei einem 34jährigen gesunden Menschen eine complete links seitige Facialislähmung — Stirn, Augen, Mundart, Geschmackslähmung in der linken
Zungenhälfte (Uvula intact) und Taubheit. Zugleich entwickelt sich ein
Herpes zoster der linken Wange und es besteht starker Schwindel und
Ohrensausen. Unter Jodnatrium und Pilocarpin-Injectionen gehen alle Erscheinungen zurück. Nur das Gehör bessert sich wenig. R. nimmt eine
Neuritis rheumatica an und citirt ein paar ähnliche Fälle von Hoffmann,
Toby Cohn und v. Frankl-Hoch wart.

460) Thomayer: De la substitution musculaire.
(Revue neurologique 1897, Nr. 5.)

Der Verfasser sah in einem Falle von Lähmung des Plexus brachialis mit Paralyse und Atrophie des Triceps, dass die Extension des Armes, allerdings mit grosser Anstrengung, noch möglich war, wenn die Hand in Pronation war. Das Gleiche beobachtete er in einigen Fällen, in welchen die Lähmung des Triceps durch die Erb'sche juvenile Dystrophie verursacht war, auch bei Radialislähmung, bei welcher die Extension auf die Wirkung des Anconeus nicht zurückgeführt werden kann, weil dieser Muskel auf gleichem Wege innervirt wird wie der Triceps. Welcher Muskel für den Triceps Aushilfe leistet, liess sich nicht ermitteln. In den folgenden Beobachtungen suchte der Verfasser das Princip der Muskelsubstitution eingehender zu studiren.

Bei einem 34jährigen Töpfer, welcher wegen Bleilähmung der Arme in der Poliklinik behandelt wurde (Beschäftigung mit zum Theil bleihaltigen Farben, starker Bleirand des Zahnfleisches etc.) liess sich constatiren, dass die Bewegungen im Schultergelenk, Hebung, Vorwärts., Rückwärts. bewegung sehr beschränkt sind. Bei diesen Bewegungen ist keine Contraction der Mm. deltoidei wahrzunehmen. Die Hebung bewerkstelligt sich durch Vermittlung des Schulterblattes, welches sich hebt und sich mit seinem oberen Theile der Wirbelsäule nähert; diese Bewegung wird durch die obere Partie des Trapezius und die Mm. rhomboidei zu Stande gebracht; des Schultergelenk bleibt vollständig unbeweglieh. Die Anteflexion vollzieht sich derart, dass das Schulterblatt vorrückt und sich um seinen oberen inneren Winkel gegen die Wirbelsäule dreht. Bei dieser Bewegung sind der M. serratus anticus major, die untere Partie des Trapezius und wenigstens ein Theil der Rhomboidei in Thätigkeit. Die Retroflexion wird von derselben Partie des Trapezius, den Rhomboideis und der Muskelmasse, welche sich am äusseren Rande des Schulterblattes ansetzt, insbesondere dem Latissimus dorsi bewirkt.

Bei einem 28jährigen Taglöhner, welcher in der Poliklinik behandelt wurde, hatte sich in Folge einer durch Trauma verursachten Neuritis des

Digitized by GOOGLE

rechten Plexus brachialis eine Atrophie des Deltoideus, Biceps und Brachialis internus entwickelt; der Supinator longus und die Mm. supra- und infraspinatus waren ebenfalls atrophisch, etwas auch der Triceps. Von den Bewegungen im Schultergelenk mangelt die Abduction, die Anteflexion ist sehr gering; dieselbe wird durch den Serratus anticus major, die untere Partie des Trapezius und die Rhomboidei bewirkt; die Retroflexion bewerkstelligt sich ebenfalls ohne Betheiligung des Deltoideus. Die Flexion im Ellenbogengelenk ist schwach; sie kommt durch den Supinator longus zu Stande; die Extension ist ebenfalls schwach, die Pronation ziemlich gut, aber schwierig, die Supination mangelbaft.

Aus den beiden Beobachtungen geht, wie der Autor in der Epikrise bemerkt, hervor, dass in manchen Fällen von Lähmung gewisser Muskeln es dem Patienten gelingt, den Ausfall der Action des gelähmten Muskels durch die Thätigkeit gesunder Muskeln zu ersetzen — eine Thatsache, die jedoch schon lange bekannt ist und keiner Erhärtung mehr bedurfte (Ref.).

L. Löwenfeld.

461) S. Placzek (Berlin): Intrauterin entstandene Armlähmung. (Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 41.)

Es handelt sich um eine cerebral bedingte Monoplegia brachialis. Die Geburt des völlig ausgetregenen Kindes war spontan ohne jeden Eingriff innerhalb weniger Stunden verlaufen. Die Untersuchung des weiblichen Kindes ergiebt Mangel jeder spontanen Bewegung im rechten Ober-Unterarm, welche sich ohne Widerstand gegen einander bewegen lassen, Hand pronirt, hyperflectirt, die Finger, welche leichte Bewegungen zeigen, sind im Metacarpo-Phalangealgelenk rechtwinklig gebeugt. Erregbarkeit für beide Stromesarten erhalten. Das Ergebniss der Untersuchung auf Sensibilität ist widerspruchsvoll. Verletzungen fehlten, auch sonst keine Erscheinungen von Seiten des Nervensystems.

Anamnestisch ergab sich, dass ein 14jähriger Bruder des Kindes das ausgeprägte Bild der cerebralen Kinderlähmung mit Idiotie bietet und dass die Mutter während der letzten Gravidität eine 15 Stufen hohe Treppe hinuntergestürzt wurde. P. glaubt, dass der Fötus dabei ein Kopftrauma erlitt, welches (vielleicht bei vorhandener Anlage) die Monoplegie hervorrief. P. hat in der Litteratur keinen analogen Fall gefunden.

Hoppe.

462) F. Egger: Beitrag zur Lehre von der progressiven neuralen Muskelatrophie.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XXIX, 2.)

Zwei Fälle von sogenannter progressiver neuraler (= neurotischer)

Muskelatrophie. Unter den Erscheinungen einer chronischen ascendirenden
multiplen Neuritis erkranken 2 Brüder im mittleren Lebensalter ohne nachweisbare Ursache. Keine hereditäre Belastung. Beide Extremitäten werden
symmetrisch von dem Krankheitsprocess ergriffen. Es bestehen mannigfache
Sensibilitätsstörungen und Alexie, so dass der eine Fall eine Zeit lang
ärztlicherseits als Tabes aufgefasst wurde. Die Muskelatrophien setzen an
den unteren Extremitäten ein, die rechte erkrankt früher und in höherem
Maasse als die linke. Das Symptomenbild entspricht im Ganzen den Schilderungen, welche Hoffmann von der Krankheit gegeben hat. Anatomische

Digitized by GOOGLE

Untersuchung fehlt. Die grosse Bedeutung der Sensibilitätsstörungen in dem klinischen Bilde der Krankheit tritt in den beiden Mittheilungen deutlich zu Tage. Die neurotische Muskelatrophie, die sich von der eigentlichen progressiven Muskelatrophie durch die Betheiligung der Sensibilität principiell unterscheidet, ist symptomatologisch und anatomisch eine multiple Neuritis und es bleibt fraglich, ob hereditäres oder familiäres Auftreten und der langsam progressive ascendirende Verlauf so schwerwiegende Momente sind, um Abtrennung der Krankheit von der Neuritis und ihre irreführende Benennung als einer progressiven Muskelatrophie zu rechtfertigen. Verfasser schliesst sich daher wohl mit Recht der Anschauung von Oppenheim an, welcher die Erkrankung als chronische hereditäre Form der multiplen Neuritis bezeichnet. Es wäre wünschenswerth, wenn sich diese Bezeichnung statt der bisherigen unvollständigen einer progressiven Muskelatrophie einbürgern würde.

463) Oppenheim und Cassirer: Ein Beitrag zur Lehre von der sogen. progressiven neurotischen Muskelatiophie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 10, p. 143 ff.)

In der vorliegenden Arteit wird ein bemerkenswerther Fall besprochen, bei dem ante mortem die Diagnose zwischen chronischer multipler Neuritis und neurotischer Muskelatrophie schwankte. Es handelte sich um eine atrophische Lähmung, die sich innerhalb zweier Jahren entwickelt hatte. Afficirt waren die distalen Theile der Extremitäten und zwar besonders die von den Nn. median. versorgten Muskeln, ein Theil der kleinen Handmuskeln und später Triceps und Supinator longus. Von den unter dem Einflusse der Hirnnerven stehenden Muskeln war der Orbicularis palpebrarum beiderseits betroffen. Die befallenen Muskeln zeigten un voll kommene oder totale EaR, die Sehnenreflexe waren herabgesetzt, aber Sensibilitätsstörungen fehlten. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen einer fieberhaften Angina.

Die Untersuchung post mortem zeigte so gut wie vollkommen normale Verhältnisse des Bückenmarks und der peripheren Nerven bei riesigen Veranderungen in den befallenen Muskeln, welche das Bild einer schweren degenerativen Atrophie bieten. Die Muskelfibrillen sind zumeist atrophisch, vereinzelt hypertrophisch. Die Verfasser ziehen daraus den Schluss, dass das Bild der sogen. progressiven neurotischen Muskelatrophie durch eine primäre, muskuläre hervorgerufen werden kann. Da nun die bisher bekannten Befunde des Nervensystems bei den als neurotische Atrophie der Muskeln angesprochenen Krankheitsfällen keineswegs selbst in den wesentlichen Punkten übereinstimmen, so geht daraus hervor, dass das Krankheitsbild, das man bisher als progressive neurotische Muskelatrophie bezeichnete, nicht auf einheitlicher pathologisch-anatomischer Grundlage beruht und demgemäss anatomisch nicht genügend sicher fundirt ist. Nur bei erheblichen objectiven Sensibilitätsstörungen besteht die Wahrscheinlichkeit von Veränderungen des peripheren und centralen Nervensystems, während umgekehrt das Fehlen erheblicher Sensibilitätsstörungen nicht mit Sicherheit für eine primäre muskuläre Erkrankung spricht.

Eine sichere Differentialdiagnose war demnach nicht mehr zu stelles.

Dauber (Würzburg).

CENTRALBLATT

ffin

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

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

XX Jahrgang.

1897 November.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Bericht über die 69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig,

September 1897.

Erstattet von Dr. S. LOEWENTHAL, Braunschweig.

464) Paul Rehm (Blankenburg am Harz): Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und verwandten Krankheitserscheinungen.

Vortragender schliesst sich zanächst, in der Definition, Westphal an. Er betrachtet die Zwangsvorstellungen mit den meisten anderen Autoren als ein blosses Symptom, welches, wenn es genügend isolirt und kräftig auftritt, als Zwangskrankheit bezeichnet werden kann.

Zunächst kommen Zwangsvorstellungen bei Gesunden vor. So breit und so vielseitig auch die Beziehungen zur Neurasthenie sein mögen, so sind die Zwangsvorstellungen doch nicht immer ein Ausdruck eines neurasthenischen Nervensystems, noch weniger kann Vortragender die Zwangsvorstellungen mit Magnan und Möbius zum Entartungsirresein rechnen; sie kommen ferner vor bei Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie, bei sogen. Heilungen mit Defect, besonders häufig bei Melancholie.

Abgeblasste Wahnideen tauchen öfters bei Genesenden, in Folge von Erregungen, unter dem Bilde von Zwangsvorstellungen auf, wie auch umgekehrt die letzteren sich öfter zu Wahnideen steigern.

Die Abgrenzung ist schwerer nach der Seite der Gesundheit, leichter nach der der Psychose. Während Vortragender einen Uebergang der Zwangsvorstellungen in Paranoia mit Westphal leugnet, hat er öfter als Folgezustand eine secundäre Melancholie, ferner krankhafte Steigerung des Egoismus gesehen, manche verfallen dem Alcohol oder Morphium. R. hat

nie gesehen, dass Zwangsvorstellungen oder Impulse zu verbrecherischen Handlungen führten. Eine Abnahme der Zwangsvorstellungen hat Vortragender öfter beim Einsetzen des Fiebers gesehen.

Die Zwangsvorstellungen entstehen sehr selten plötzlich, ohne Zusammenhang mit dem früheren Vorstellungsinhalte, nur liegen die vermittelnden Ideen-Associationen nicht immer klar zu Tage. Am häufigsten ist der plötzliche Beginn bei Topophobischen. —

Körperliche Erkrankungen sind von mächtigem Einfluss auf die Ent

stehung von Zwangsvorstellungen.

Hierher gehören auch Schlafmangel, Ersehöpfung, Excesse. Nächstdem tragen Störungen des Kreislaufes und Geschlechtskrankheiten häufiger die Schuld, seltener solche des Verdauungstractus, zuweilen auch der Accomodation.

Als Wesen der Krankheit betrachtet Vortragender eine geistige Störung und zwar speciell eine Functionsstörung der Hirnrinde, in den meisten Fällen unter secundärer Beeinflussung der sympathischen Ganglien.

Der Beginn der Erkrankung fällt zuweilen schon in das Kindesalter. Die Prognose ist leidlich, verhältnissmässig schlechter bei Topophobischen.

Die Therapie ist im Wesentlichen eine psychische.

Daneben spielen Tonica und hydrotherapeutische Proceduren, innerhalb der Anfälle, Opium, Brom und Alcohol eine Rolle. Das Sperminnm Pæhl war erfolglos.

In der Discussion führt Berkhan (Braunschweig) aus, dass Gewalt und Ermüdung die Zwangsvorstellung resp. Handlung abzuschwächen, wenn nicht ganz bei Seite zu schieben vermögen, und erläutert dieses an verschiedenen Fällen seiner Praxis.

Oebeke (Bonn) hegt Zweifel, ob alle vom Vortragenden erwähnten Fälle als reine Zwangskrankheiten aufzufassen wären.

Hoppe (Allenberg) hat einen sicheren Fall beobachtet, in welchem die Zwangeimpulse durch Sinnestäuschungen hervorgerufen wurden.

465) K. Pándi (Budapest): Die physiologische Bedeutung und der klinische Werth der co:ticalen Beslexwege.

Vortragender greift die Hemmungstheorie von Setschenow und die spinale Reflexlehre an. Nach eigenen Thierexperimenten behauptet derselbe, dass nach halbseitiger Entfernung der Rindencentra die Reflexe in demselben Sinne wie die associativen Functionen der Rinde sich verändern. Der Reflexausschlag ist grösser in Folge der Lähmung der Antagonisten; die ganze Kraft der Reflexbewegung ist doch in demselben Grade geringer wie die Kraft der willkürlichen Bewegungen. — Nach Entfernung der Rindencentra werden alle die Reflexe astasisch, dysassociirt, den Zwecken des Organismus unzureichend, ebenso wie die corticalen Bewegungen gelähmter Glieder. Er bezieht sich auf Heubel und Danilewsky, welche Forscher nachgewiesen haben, dass alle die Reactionen enthirater Frösche an Lebhaftigkeit abnehmen. Die corticale Reflexlehre bedeutet die Verwendung des Reflexprincips auf das ganze Nervensystem, die Unität desselbes.

Was den klinischen Werth betrifft, so lassen sich die klinischen Beobachtungen bloss durch die corticale Reflexlehre erklären. Bei reizloss

Digitized by GOOGLE

Unterbrechung der corticospinalen Wege bleiben alle die Reflexe ohne Ausnahme aus (schlaffe Hemiplegien, halbseitige Erschöpfung bei der Epilepsie, schlaffe spinale Paraplegien). Bei Vorhandeusein einer Reizung oder bei Wiederherstellung der Leitung kehren zuerst die am meisten geübten Sehnenund Pupillenreflexe zurück, dann die willkürlichen Bewegungen und erst am Ende die Hautreflexe. - Die Summation der Reize löst jedoch manche langsame Reflexe manchmal leichter aus, als andere Formen derselben, welche bloss durch eine momentane Beizung hervorgerufen werden können (Priapismus bei schlaffen Paraplegien, wo sonst alle die Reflexe fehlen, Erhaltensein der Hautreflexe bei Tabes nebst Fehlen der Sehnenreflexe). - Bei Hemisphärenerkrankungen ist die Reflexveränderung halbseitig, bei spinalen gewöhnlich bilateral. - Erhöhung oder Verminderung ist nur durch Reizung oder reizlose Unterbrechung der corticospinalen Wege bedingt, wie durch Hemmung. (Die Hemmung ist nichts anderes als die durch gegenseitige Aufeinanderwirkung der Reflexerscheinung herbeigeführte Regulirung der-Vortragender erwähnt, dass man seit Jendrassik und Geigel die Hantreflexe für cortical hält, Donath meint, der Pupillenreflex sei desselben Ursprungs. Er führt dann Beispiele auf, dass die Schleimhautund die Sehnenreflexe ebenfalls corticalen Ursprungs sein müssen. - Mit Leichtigkeit erklärt man die Reflexveränderungen bei Erkrankungen des Kleinhirns. Sitzt ein Reizvorgang in der einen Kleinhirnhemisphäre ohne Läsion der Brücke, so sind die Reflexe (durch die cerebellocerebralen und cerebrospinalen Wege) an der Seite der Erkrankung erhöht. - Liegt dagegen eine reizlose Unterbrechung der cerebellocerebralen Bahnen vor, so sind die gleichseitigen Reflexe geschwächt. Wenn durch die Kleinhirnerkrankung die Brückenfasern (PyB.) gereizt werden, so entsteht eine gekreuzte Reflexerhöhung oder umgekehrt Verminderung.

Vortragender theilt die Reflexe folgenderweise ein: 1. rapide Formen: Herz-, Athmungsreflex, Sehnen-, Pupillenreflex, — langsame Formen: Hautreflexe, Erbrechen, urogenitale Reflexe etc. Die Reflexzeit hängt nicht: von der Länge der Wege, sondern von der Uebung ab.

2. Homonyme = isometamerale und heteronyme = heterometamerale Reflexe bezeichnen die Verbindung der sensiblen und motorischen Nerven derselben oder verschiedener Metameren. Die homonymen Reflexe (conjunctivapalpebraler Reflexe) sind leichter auszulösen als die heteronymen (retinapalpebraler Reflex). (Autorreferat.)

In der Discussion fordert Loewenthal (Braunschweig) im Gegensatz zum Vortragenden entschieden die Durchführung der Trennung von corticalen und spinalen Reflexen, soweit dies bisher möglich, und weist dabei auf das fast constante gegensätzliche Verhalten der Sehnen- und der Haut-Schleimhautreflexe hin, sowohl einerseits bei spastischen Lähmungen als andrerseits bei Tabes.

Für die rein spinale Natur der Sehnenreflexe tritt L., unter Hinweis auf die neueren anatomischen Befunde wie auf die experimentellen Durchschneidungen des Hunderückenmarks durch Gad und Flatau, ein. — Die Scheidung in langsame und schnelle Reflexe hält L. für durchführbar, kann aber ein früheres Befallenwerden der langsamen Reflexe bei Rückenmarksveränderungen nicht zugeben.

Sänger (Hamburg) schliesst sich Herrn Loewenthal an und behauptet, dass es durchaus nicht so einfach sei, wie der Herr Vortragende meint, zwischen Reizungs- und Lähmungszuständen im Kleinhirn zu unterscheiden. S. fragt den Herrn Vortragenden, wie er erkläre, dass bei Kleinhirntumoren einmal die Patellarreflexe fehlen, ein ander Mal gesteigert sind. Ferner weist S. auf das schon von Westphal beobachtete einseitige Fehlen des Patellarreflexes bei Tabes hin, wobei sich bei der microscopischen Untersuchung eine entsprechende Herderkrankung im spinalen Reflexbogen fand.

Påndi (Schlusswort): Auf die Bemerkung von Herrn Loewenthal kann ich antworten, dass ich meine Theorie aufrecht erhalten muss. — Aber in Betreff der Tabes ist es allgemein anerkannt, dass die langsamen Reflexe (z. B. Impotenz, Blasenschwäche) früher abnehmen, als die rapiden Reflexe. — Die Reflexveränderungen bei Hemiplegie kann man nur durch eine corticale Theorie erklären.

Herrn Sänger kann ich erwidern, dass das Verhalten der Reflexe bei Kleinhirnerkrankungen nur verstanden werden kann, wenn man annimmt, dass die Reflexveränderungen eben in Folge der Beeinflussung der langen corticoperipheren Bahnen zu Stande kommen.

466) Dr. Aug. Hoffmann (Düsseldorf): Ue ber Suspensionsbehandlung bei chronischen Rückenmarksaffectionen.

Vortragender erwähnt die seit der ersten Mittheilung aus Chareot's Klinik erfolgten Publicationen über die Behandlung von Nervenleiden speciell von Tabes dorsalis mittelst der von Motschutkowsky zuerst in diesem Sinne ausgeführten Suspensionsbehandlung. Speciell verweilt er bei den Methoden, welche eine mildere resp. dosirbare Anwendung dieser Methode zu ermöglichen suchen. Es sind dies die Extensionsmethode von Weich, ferner die Methode von Bogroff vermittelst Lagerung auf verstellbarer schiefer Ebene und endlich die von Bechterew und Worotynsky beschriebene, zuerst von Sprimon angegebene Methode der Suspension resp. Extension im Sitzen.

Alle diese Methoden benöthigen umfangreicher Apparate zu ihrer Ausführung. Seit 6 Jahren bedient sich Vortragender einer sehr einfachen Vorrichtung, um denselben Zweck durch eine möglichst gefahrlose dosirbere Anwendung der Suspension zu erreichen. Er schaltet zwischen Querstück des Suspensionsapparats und Flaschenzug, der durch Hemmungsvorrichtung in jedem Moment festgestellt werden kann, eine genau gehende Federwaage ein. Damit ist man im Stande, jederzeit die aufgewandte Zugkraft m messen und abzulesen und kann dieselbe nach Bedarf wählen. Diese Art der Suspension kann nur bei sitzender Stellung des Patienten ausgeführt werden, da beim Stehen zu grosse Schwankungen der Person beobachtet werden.

Vortragender hat bisher 15 Patienten, darunter 18 Tabiker, dieser Behandlungsmethode unterzogen. Speciell bei letzteren, sowie in einem veralteten Fall von Myelitis hatte er sehr gute Resultate zu verzeichnen, besonders bei solchen Fällen von Tabes, die im Beginn des sogenannten atactischen Stadiums sich befanden. Auch Anfangsstadien wurden get

beeinflusst, während veraltete Fälle, vielleicht auch deshalb, weil sie bei der Behandlung keine Ausdauer zeigten und dieselbe, enttäuscht durch manche Misserfolge vorhergehender Behandlungen, bald abbrachen, keine günstige Einwirkung erkennen liessen.

Vortragender empfiehlt in geeigneten Fällen stets neben den anderen Behandlungsmethoden, von denen er die Electrotherapie, Hydrotherapie und compensatorische Gymnastik hervorhebt, doch stets, auch einen Versuch mit dieser einfachen und gefahrlosen Suspensionsmethode zu machen. Die Art der Wirkung erklärt er sich aus Veränderungen der Circulation im Rückenmark, hervorgerufen durch den bei Verlängerung der Rückenmarkshöhle hervorgerufenen negativen Druck. (Autorreferat).

Dr. Bartels warnt vor der zu warmen Empfehlung der Schmierkur bei Tabeskranken. Es geht entschieden zu weit, wenn man diese alle für frühere Syphilitiker hält, also fällt schon deshalb ein Theil aus. Aber auch von den früheren Syphilitikern sind für eine erfolgreiche Schmierkur im Wesentlichen nur frischere Fälle, besonders die mit grosser Schmerzhaftigkeit zu empfehlen. Bei vielen auderen, besonders den älteren, erreicht man gar keine Resultate; sehr häufig kann man auch erheblich schaden.

Dr. Rehm (Blankenburg am Harz): Ich halte die Suspension für zu aufregend und auch gefährlich, als dass ich sie bei dem mangelnden Verständniss für die Art der Wirkungsweise des Verfahrens anwenden möchte. Logischer und minder gefährlich als die Suspension, bei der doch auf die Halswirbel der stärkste, auf die Lendenwirbel der schwächste Zug augewendet wird, während man doch eher das Umgekehrte anstrebt, halte ich die Streckung in horizontaler Lage.

467) Dr. Siegfried Loewenthal (Braunschweig): Ueber den diagnostischen Werth einiger Symptome bei Neurosen.

Bei den Neurosen handelt es sich häufig nach der einen Seite um Abgrenzung gegen organische Erkrankungen, nach der anderen um die Erkennung oder den Ausschluss von Simulation. Diese Abgrenzung wird erschwert durch den Mangel an präcisen und allgemeinen Gesichtspunkten.

Vortragender glaubt, dass sich solche im Anschluss an seine Untersuchungen ergeben könnten.

Er berichtet erstens über Gleichgewichtsstörungen, die er an dem Materiale der Breslauer Poliklinik, hauptsächlich nach Kopfverletzungen in Gemeinschaft mit Dr. Man n beobachten konnte; sie ähnelten am meisten den von Adler beschriebenen Schwindelerscheinungen nach Labyrinthverletzung, liessen aber nach Ausschluss einer Labyrintherkraukung auch durch eine Reihe anderer Momente sich als psychogen erweisen.

Zweitens hat sich Vortragendor mit der Genese des Tremors beschäftigt und untersucht, welche speciellen Muskelgruppen beim Zittern activ betheiligt sind, resp. ob die verschiedenen Zitterformen sich auf diese Weise unterscheiden lassen.

In zwei Fällen von essentiellem Tremor ergab sich, dass am Oberund Vorderarm nur Triceps und Handbeuger, am Bein nur die Plantarflexoren des Fusses zitterten. Der hysterische ergab ebenso wie der willkürlich producirte Tremor ein ganz regelloses Verhalten. Die Curven sind

mittelst Myographion gewonnen. Die von Prof. Fuchs angegebene Simulations-Probe hält Vortragender für nicht beweisend, weder gegen hysterischen

noch gegen einige andere Tremoren.

Drittens giebt L. an, dass sich eine hysterische Anästhesie mit Sicherheit unterscheiden lasse durch eine von ihm angewandte Art der Sensibilitätsprüfung, deren Wesen kurz darin besteht, dass eine sonst bewusst verlaufende Reaction so eingeübt wird, dass ihr Ablauf der Hemmung durch den krankhaft veränderten Bewusstseinszustand entzogen ist.

Der Werth jeder Simulationsprobe ist dadurch eingeschränkt, dass jede simulirte Störung genau in der gleichen Weise ein hysterisches Symptom sein kann.

Berkhan (Braunschweig): Ein an Menière's Symptomencomplex Leidender konnte nicht in die Höhe sehen, ohne Schwindelgefühl zu bekommen, und ich möchte die anwesenden Herren bitten, bei vorkommenden Fällen darauf achten zu wollen, ob das Symptom öfter oder vielleicht immer zu beobachten ist.

Windscheid (Leipzig): Das Schwanken der Tabiker bei geschlossenen Augen unterscheidet sich von dem der Neurastheniker und Hysteriker meistens dadurch, dass der Tabiker unter Umständen mit auseinandergestellten Füssen umfällt, während bei Neurosen die betreffenden Patienten durch Auseinanderspreizen der Füsse sich eine neue Gleichgewichtslage zu schaffen wissen. Den von Herrn Berkhan erwähnten Schwindel der Neurastheuiker beim Blick nach oben hat W. ebenfalls öfter beobachtet.

468) Dr. Berkhan (Braunschweig): Ueber das Stammeln schwachbefähigter Kinder im Sprechen, Schreiben und Lesen.

Das Stammeln ist physiologisch bei den ersten Sprechversuchen der Kinder; ebenso stammelt der Taube (Taubstumme) beim Sprechenlernen.

Pathologisch wird das Stammeln, wenn es über das 5. Lebensjahr hinaus dauert, und findet sich meist bei Schwachbefähigten, zuweilen auch bei geistig gesunden und körperlich zurückgebliebenen Kindern. Beim Stammeln werden einzelne Laute oder Silben ausgelassen, verstellt, durch andere ersetzt, auch werden neue hinzugefügt oder endlich völlig neue Wörter gebildet.

Wird die Sprache völlig unverständlich, so wird sie als hottentottische Aussprache bezeichnet. Ganz dieselben Störungen können sich beim Schreiben wie beim Lesen äussern. Vortragender unterscheidet daher Sprech-, Schreibund Lese-Stammeln. Die Störungen innerhalb dieser drei Ausdrucksformen decken sich bei ein und demselben Individuum nicht vollständig, sondern ähneln nur einander. Der Werth der Erkenntniss dieser Störungen erhellt daraus, dass sie einen Rückschluss auf die geistige Minderbefähigung gestatten.

Die Vorhersage ist günstig, ausser bei Schwachsinnigen höheren Grades-Unter 352 Kindern der Braunschweiger Hülfsschule für Schwachbefähigte waren 145 Stammler, wovon 92 geheilt und die übrigen gebessert wurden.

Das Stammeln findet sich zuweilen nach Apoplexie, aber auch als ihr Vorbote, ferner oft als Frühsymptom bei Dementia paralytica.

Peretti (Düsseldorf) fragt, ob der Vortragende bei den schwachbefähigten Kindern öfter Spiegelschrift beobachtet hat.

Berkhan hat vor Jahren, vor der Veröffentlichung von Soltmann, Untersuchungen in Bezug darauf gemacht. Dabei hat sich ergeben, dass man das Vorkommen dieser Schrift nicht als Massstab für ein Vorhandensein einer Geistesschwäche geringeren oder höheren Grades ansehen kann, indem es ganz darauf ankommt, ob man ein Kind energisch auffordert, rasch und sofort mit der linken Hand zu schreiben, oder ob man es langsam darauf vorbereitet; die Ergebnisse in Bezug auf Spiegelschrift sind darnach verschieden.

Hoppe (Allenberg) hält das Stammeln für ein psychisches Degenerationszeichen, wie sich bei schwachsinnigen Kindern überhaupt eine Häufung von Degenerationszeichen findet. H. tritt für eine Vermehrung der öffentlichen Hülfsschulen für Schwachbefäbigte ein.

469) Dr. Kühn (Uslar): Ueber psychische Störungen bei Diphtherie im Kindesalter.

Psychische Störungen im Zusammenbang mit Diphtherie sind sehr wenig bekannt und beschrieben. Vortragender hat nur zwei Fälle von Diphtherie bei Kindern beobachtet, in denen sich unmittelbar nach dem Fieberablauf — in einem Falle schon am 7. Krankheitstage — psychische Störungen entwickelten. Der eine Fall betraf ein 12jähriges Mädchen, welches das Bild schwerer Erschöpfungspsychose in der Form der stuporösen acuten Demenz darbot. Eigenthümliche, aufangs epileptiforme, später mehr an Chorea magna erinnernde Erregungszustände, einer Chorea minor ähnliche Muskelunruhe machten diese Psychose besonders beachtenswerth.

In dem 2. Falle schloss sich an eine mittelschwere Diphtherie eines Sjährigen Knaben eine rein hysterische Psychose mit schlafähnlichem Dämmerungszustand und Nahrungsverweigerung, aber heimlicher Nahrungsaufnahme, an.

(Autorreferat.)

470) Dr. Otto Thilo (Riga): Ueber Bewegungen als Heilmittel für Nervenerkrankungen.

Th. erläutert einige Uebungen, die er seit vielen Jahren gegen sehr verschiedenartige Erkrankungen verwendet; der grösste Theil dieser Uebungen ist in der Volkmann'schen Sammlung klinischer Vorträge beschrieben, daher giebt Vortragender auch nur die Grundzüge seines Verfahrens. Er betont die Schwierigkeiten der bisherigen Bewegungscuren und hat sich bemüht, leicht herstellbare Vorrichtungen zu verwenden, die ausserdem den Ansprüchen auf genaue Kraft und Zeitbestimmungen entsprechen. Th. führt aus seiner Praxis einige Fälle von Nervenerkrankungen an, die nach seiner Methode geheilt wurden. Seine Vorrichtungen können ebenfalls als Kraftmesser zu diagnostischen Zwecken verwendet werden und eignen sich auch zu Massenübungen in Krankenhäusern.

471) Dr. Alfred Sänger (Hamburg): Ueber Hysterie und Nervosität im Kindesalter.

Nach einem historischen Ueberblick über die Kenntnisse der functionellen Nervenerkrankungen im Kindesalter theilt Vortragender seine Erfahrungeu mit. Er unterscheidet 4 Gruppen: 1. Neurasthenie, 2. Hysterie,

3. Gemisch von Neurasthenie und Hysterie und 4. hereditäre Neuropathie (psychopathische Minderwertbigkeit). Für sämmtliche Gruppen theilte S. Beispiele mit. Knaben und Mädchen sind in nahezu gleicher Anzahl vertreten. Am häufigsten wurden die nervösen Störungen zwischen dem 10. und 14. Jahr beobachtet, ein Umstand, der auf die schädlichen Einflüsse von Seiten der Schule hinweist.

Die Prognose ist in den 3 ersten Gruppen im Allgemeinen günstig; am wenigsten noch bei der Hysterie und zwar in Bezug auf den Allgemeinzustand. Das einzelne Spmptom bei der Hysterie der Kinder bietet eine bessere Heilungstendenz dar als bei den Erwachsenen. Die Hauptsache ist frühes Erkennen. Am ungünstigsten ist die Prognose bei der hereditären Neuropathie.

Was die Therapie betrifft, so perhorrescirt S die hypnotische Behandlung und empfiehlt Berücksichtigung des Allgemeinzustandes (Anämie) und die richtige psychische Behandlung. Als wirksames Wahlsuggestionsmittel wendet S. oft die tatische Electricität an.

Zum Schluss bespricht Vortragender die Resultate, die sich aus den mitgetheilten Erfahrungen für die theoretische Auffassung der Hysterie und Neurasthenie ergeben. Vor Allem wendet er sich gegen die Anschauung dass alle Aeusserungen der Hysterie ideogener Natur seien.

Was die Neurasthenie betrifft, so glaubt S. sich zur Annahme berechtigt, dass eine Unterwerthigkeit der peripheren Neurone von den verschiedenen Gebieten der Varietäten der Neurasthenie zu Grunde liegen. Die echten Phobien und Zwangsvorstellungen müsste man als Aeusserungen aus anderer Provenienz von dem bisherigen Krankheitsbegriff abspalten, zumal da sie auch nur bei der echt hereditären Neuropathie vorkommen.

S. schliesst seinen Vortrag mit dem Hinweis auf die Schädigungen des kindlichen Nervensystems durch die Schule und auf die Nothwendigkeit der Anstellung von Schulärzten. (Autorreferat.)

Discussion.

Werner (Owinsk): Die Ueberbürdung in der Schule und die schlechten hygienischen Verhältnisse kann ich nicht als ein hauptsächliches ätiologisches Moment ansehen. Nach meinem Dafürhalten liegt der Grund der Nervosität der Kinder in dem ganzen Zeitgeist, in der Erziehung und verkehrten häuslichen Verhältnissen, insbesondere sozusagen in der Sünde der Eltern, die es keineswegs verstehen, auf das kindliche, so empfängliche Gemüth des Kindes in zweckentsprechender und vernünftiger Weise einzuwirken. Also suchen Sie den Grund der Nervosität unserer Kleinen nicht in der Schule, sondern in der Familie.

Hoppe (Allenberg): Ich möchte einige Fragen an den Vortragenden stellen:

- 1. Hat er bei Neurasthenie im Kindesalter auch echt nervöse Dyspepsie beobachtet?
- 2. Ist die zunehmende Neurasthenie und Hysterie im Kindesalter nicht zum Theil auf den zunehmenden Alcoholgenuss resp. Alcoholmissbrauch im Kindesalter zurückzuführen?

Lehrer Kielhorn (als Gast): Zu der Characteristik der geistig Minderwerthigen (Citat aus Koch's Schriften) bin ich in der Lage, diese zum Theil zu bestätigen — aber auch nur zum Theil

Es giebt thatsächlich unter den Geistesschwachen viele Kinder, wie in dem Citat vermerkt, auch solche, die durch Schulerziehung nicht zu bessern sind. Bei den allermeisten treten die schlechten Eigenschaften zurück, sobald sie angeleitet werden, sich nützlich zu beschäftigen, klare Vorstellungen zu bilden — wenn sie leruen, sich selbst zu vergleichen mit dem, was gut ist, und sich einzureihen unter Gesetz und Ordnung. Am schwierigsten ist die Arbeit an solchen Kindern, die zu lange als geistig gesund von ihrer Umgebung angesehen sind. Daher ist dahin zu streben, dass die Erkenntniss der geistig Minderwerthigen in die weiten Volksschichten getragen wird — dass diese Kinder früh genug erkannt werden als geistig Minderwerthige.

Loewenthal (Braunschweig). L. sieht gerade in der Vorliebe des kindlichen Alters für monosymptomatische Formen der Hysterie in Beziehung zum relativ einfachen Vorstellungsinhalt des Kindergehirns einen interessanten Hinweis auf die Genese der hysterischen Störungen. Von ätiologischen Factoren hebt L. für Hysterie und Neurasthenie den verkürzten Schlaf hervor, der viel früher beim Kinde Erschöpfung schafft, als beim Erwachsenen; für die Hysterie noch besonders die kindlichen Angewohnheiten, die beim neuropathischen Kinde und besonders bei mangelbaften erziehlichen Repressalien sehr leicht in hysterische Störungen übergehen. — Er möchte deswegen der Erschöpfungshysterie die Gewohnheits- oder Erziehungshysterie gegenüberstellen. Während die erste durch die Erholungstherapie heilt, Schlaf, Ernährung etc., heilt die letztere nur durch mehr weniger strenge Erziehungsmassregeln.

Oebecke (Bonn) erbittet sich von dem Vortragenden Auskunft, ob er in der Lage gewesen sei, bei seiner reichen Erfahrung die Diagnose auf Neurasthenie im Säuglingsalter zu stellen, da auf ihn die Bezeichnung mehr den Eindruck eines Wortspiels mache; ferner ob er habe feststellen könuen, wie lange die sogenannten Heilungen bei den jugendlichen Hysterischen sich behauptet hätten.

Hoeniger (Halle): Im Ganzen und Grossen erklärt sich Herr H. mit den Ausführungen des Vortragenden in Bezug auf die Häufigkeit der Hysterie und der Neurasthenie einverstanden. In Halle ergab die Untersuchung von mehreren tausend Schulkindern (Dr. Schmidt-Monnard) bei einem verhältnissmässig hohen Procentsatz derselben das Vorhandensein von neurasthenischen Symptomen, namentlich bei solchen, welche Nachmittags Unterricht hatten.

Viel unangenehmer als Verwechselung der Hysterie mit einer organischen Erkrankung des Nervensystems sei das Umgekehrte. —

Herr H. führt einige Beispiele an.

Böttiger (Hamburg): Herr B. stimmt im Grossen und Gauzen den klaren Ausführungen des Herrn Sänger zu, weicht jedoch in einzeluen Punkten etwas von ihm ab. So ist er nach wie vor der Ansicht, dass Hysterische stets psychisch krank siud, wenn auch die betreffenden Symptome wegen ihrer Geringfügigkeit, namentlich in einer Poliklinik, häufig schwer festzustellen sind. Die hysterischen Erscheinungen seien psychisch bedingt. Möbius nähere sich gleichfalls in seiner neuesten Definition der Hysterie durchaus nicht so sehr der Ansicht des Herrn Sänger, wie Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. November-Heit 1897.

dieser selbst meint. Von der Hysterie sind zu trennen psychisch bedingte Krankheitserscheinungen, wie sie bei psychisch Gesunden gleichfalls vorzukommen pflegen in Folge Aengstlichkeit, Furcht und Aehnlichem. Die besondere Aufstellung des Krankheitsbildes der Hystero-Neurasthenie hält Herr B. für unnütz, da die Krankheitserscheinungen dieser Form sich zwanglos den beiden ihrem Wesen nach grundverschiedenen Krankheiten, der Hysterie und Neurasthenie einreihen lassen. Pathologische Ermüdung, die bei Neurasthenie eine grosse Rolle spielt, bat mit der Hysterie direct nichts zu thun.

Sänger (Schlusswort) erwidert, dass es vor allen Dingen darauf ankomme, das zu schildern, was sich uns klinisch darbietet, daher war es nothwenig, die Gruppe III aufzustellen, wo sich Nenrasthenische und Hysterische zusammenfinden. Im Grunde wissen wir heute nicht, was in Wirklichkeit den hysterischen und neurasthenischen Zuständen zu Grunde liegt. Vielleicht haben wir in 10 oder 20 Jahren schon ganz andere Anschauungen über die Hysterie und Neurasthenie. Das klinische Bild bleibt aber dasselbe. S. hat nervöse Dyspepsie schon im Kindesalter beobachtet. Sehr häufig findet sich bei den Eltern der nervösen und hysterischen Kinder Alcohol- und Tabakmissbrauch. Ueber Alcoholismus im Kindesalter hat Vortragender keine Erfahrung.

Aus der Abtheilung für Unfallheilkunde und gerichtliche Medicia. 472) Dr. Alfred Sänger (Hamburg): Ueber organische Nervenerkrankungen nach Unfall.

Erb hat in jüngster Zeit es als wünschenswerth erachtet, dass über den Zusammenhang von organischen Nervenkrankheiten und Unfall möglichst viele klinische Beobachtungen zusammengetragen würden. Vortragender berichtet über eine Reihe einschlägiger Beobachtungen.

In zwei Fällen von Tabes nach Trauma ohne sonstige Aetiologie konnte er sich nicht mit Sicherheit siefür den Zusammenhang entscheiden; er glaubt, dass in vielen Fällen die Tabes schon vorher vorhanden war. In zwei Fällen von Syringomyelie nahm er mit Wahrscheinlichkeit traumatischen Ursprung an. Ein Fall von multipler Sklerose entwickelte sich bei einer 25jährigen Frau, die in gravidem Zustande gestürzt war. S. theilt ferner den Fall einer Frau mit, bei der die Section längere Zeit nach einem Sturz auf's Gesäss eine traumatisch bedingte Erweichung im untersten Abschnitt des Bückenmarks ergab mit stellenweisen frischen Blutungen in die graue Substanz. In diesem Falle führt er die Localisation auf das Trauma, die Neigung zu umfänglichen Hautgangränen auf den vorhandenen Alcoholismus zurück. In zwei weiteren Fällen waren alte Tabiker ohne Kenntniss von ihrem Leiden bis zum Unfall. Auch für solche Fälle fordert Vortragender die Auszahlung der Bente.

Zur Erklärung der posttraumatischen Erkrankungen zieht S. die Erschütterungsversuche von Schmaus und Bikeles, sowie die Untersuchungen Bossolimo's über multiple Sklerose und Gliose heran, wonach sich späte Nekrose und Nekrobiose, sowie progressive Gliawucherung in Form von Gliose und Gliom nach Trauma einstellen kann.

Aus der Abtheilung für innere Medicin.

473) Prof. A. Eulenburg (Berlin): Ueber den gegenwärtigen Stand der Behandlung der Tabes dorsalis.

Vortragender characterisirt das Bestreben in der neueren Zeit, auf Grund der Neuronenlehre an Stelle der früher allgemein angenommenen Hinterstrangserkrankung eine Erkrankung des ganzen sensiblen Neurons bei der Tabes zu supponiren. Diese veränderte Stellungnahme in der klinischen und anatomischen Auffassung mache auch eine Revision der bisher bei der Tabes üblichen therapeutischen Agentien nothwendig. Redner beleuchtet den geschichtlichen Gang der Tabestherapie und äussert sich eingehender zur Frage der antiluetischen Behandlung. Hierbei fusst er auf der Erb'schen Anschauung, ohne sich doch dem Möbius'schen Standpunkt anschliessen zu können, die Tabes als reine Metasyphilis zu betrachten Er sieht vielmehr in der Syphilis nur einen disponirenden Factor, ungefähr gleichwerthig dem von Edinger betonten Moment des Missverhältnisses zwischen Functionsbeanspruchung und Ersatz. Vortragender kann daher der antiluetischen Therapie, abgesehen von den häufigen Contraindicationen, einen causalen und besonderen Werth nicht zusprechen.

Rumpf (Hamburg) betont unter den pathologisch-anatomischen Möglichkeiten die von ihm vertretene Entstehung aus primaren Erkrankungen kleiuster Gefässe, woftir er die starken Gefässveränderungen bei leukämischen Rückenmarkserkrankungen zum Vergleich heranzieht. R. tritt entschieden für den Zusammenhang mit Syphilis ein. Die antiluetische Behandlung hat unr in wenigen Fällen grosse Erfolge aufzuweisen, und zwar in solchen mit rascher Entwicklung und starken Reizerscheinungen, nur muss in der Behandlung Maass gehalten werden, weil sie sonst leicht Verschlimmerungen erzeugt. Einzelne Fälle werden durch keine Therapie im Fortschreiten gehemmt. R. rühmt die von ihm seit Jahren geübte Anwendung des faradischen Pinsels über größere Körperflächen, besonders gegen die Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, ferner vorsichtige gymnastische Uebungen, ebenso wie die Frenkel'schen Vorrichtungen.

Unverricht (Magdeburg) macht auf die günstige Wirkung des Methylenblau bei den lancinirenden Schmerzen aufmerksam.

Eulenburg hat von diesem Mittel wie von den anderen Antineuralgicis keine sichere Wirkung gesehen.

474) Dr. Boettiger (Hamburg): Die Behandlung der Trigeminusneuralgie.

Der Vortragende unterscheidet, wie überhaupt, so auch im Quintusgebiet 4 Arten von Nervenschmerzen, die neuralgischen, die neuritischen, die psychisch bedingten, namentlich die hysterischen, und endlich die rheumatischen Schmerzen. Er bespricht eingehend die weitgehenden Unterschiede zwischen den beiden ersten Arteu, besonders auch bezüglich ihrer Aetiologie-Während die neuritischen Schmerzen vorwiegend in Folge von constitutionellen, Intoxications- und Infectionskrankheiten entstehen, spielen in der Actiologie der Neuralgien häufiger locale Ursachen eine Rolle, darunter namentlich auch locale Erkältungen. Die Therapie ist bei echten Neuralgien nur selten eine allgemein causale, viel häufiger eine symptomatische Der

Vortragende bespricht im Einzelnen die allgemein-hygienischen und diätetischen, die medicamentösen, die physicalischen und mechanischen Heilmethoden, darunter etwas eingehender die Electricität, bezüglich deren er nicht den nihilistischen Standpunkt von Möbius zu theilen vermag. Er kommt schliesslich zu dem Schluss, dass frische Neuralgien des Trigeminus, besonders wenn die Betroffenen jüngere Leute sind, gelegentlich durch eine combinirte, medicamentöse, mechanische und electrische Behandlung gebessert und selbst geheilt werden können, dass jedoch solche, die schon längere Zeit bestanden haben, namentlich bei älteren Leuten, wohl stets dem Messer der Chirurgen überliefert werden müssen.

Bruns (Hannover) hält die Unterscheidung zwischen neuritischer Neuralgie und Neuralgie sens. strict. für eine künstliche und practisch nicht durchführbar. Viele der schweren Neuralgien beruhen auf Arteriosklerose der Nervengefässe. Nach B. giebt es Formen der Neuralgie, bei denen man a priori von einer neurologischen Behandlung absehen kann. Es sind die echten Tie douloureux-Fälle. Die Patienten sind alte Leute, die Neuralgien sitzen im 2. und 3., nicht im 1. Aste; häufig sind schwere reflectorische Zuckungen im Facialis vorhanden; Essen und Sprechen löst die Anfälle aus. Diese Fälle schicke man gleich zum Chirurgen.

Rumpf (Hamburg) erkennt an, dass manche Fälle das von Bruns characterisirte Bild darbieten, hat aber einen Fall beobachtet, welcher durch die Trigeminusresection nicht geheilt wurde und dann durch den galvanischen Strom eine dauernde Heilung erfuhr. R. begrüsst es freudig, dass der Vortragende sich gegen die Möbius'sche Auffassung von dea rein suggestiven Wirkungen der Electrotherapie ausgesprochen hat. Er sieht das Schädigende dieser Auffassung darin, dass die heranwachsenden Aerzte das Erlernen der technischen Fertigkeiten zur Verwendung electrischer Ströme für überflüssig halten. Die gleiche Anschauung wird auf die übrigen physicalischen Heilmethoden übertragen und begünstigt so indirect das Kurpfuscherthum.

Bruns wendet ein, dass Möbius nicht behauptet habe, die Electricität nütze bei Neuralgien nichts, sondern dass der suggestive Factor nicht ausgeschlossen werden könne. Wichtiger als die technische Ausbildung sei für jeden Arzt eine gehörige Dosis von therapeutischem Scepticismus.

Rumpf betont dem gegenüber, dass die Electrotherapie neben den suggestiven Einflüssen auch sicher physiologisch begründete abstufbare und je nach der Verwendung wechselnde Wirkungen entfalte.

II. Bibliographie.

LXXIX) Arbeiteu aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems. Herausgegeben von Prof. Obersteiner. V. Heft, 1897.

1. Schlagenhaufer: Anatomische Beiträge zum Faserverlauf is den Sehnervenbannen und Beitrag zur tabischen Sehnervenatrophie.

Der Streit um die Frage der Sehnervenkreuzung ist von Neuem entbranut, seit Kölliker von dem anatomischen Nachweis der Partial-kreuzung des Opticus seine Anerkennung derselben abhängig gemacht hat. Diesen Beweis glaubt Verfasser in seiner wichtigen Arbeit gebracht zu haben. —

Der Fall ist folgender: Bei einer 54jährigen Frau, über die nur bekannt war, dass sie an beiderseitiger Opticusatrophie (auf luetischer Basis) leidet, ergiebt die nur zweitägige klinische Beobachtung ausser dieser Myosis, trage Pupillenreaction, linksseitige Ptosis; Sehnenreflexe Auf dem linken Auge besteht völlige Blindheit, auf dem rechten Auge scheint noch ein geringes Sehvermögen erhalten zu sein. Die anatomische Untersuchung ergiebt folgendes: Beiderseits Opticusatrophie, graue Verfärbung des Chiasma und der Tractus optici. Als auffälligster Befund ergiebt sich ein zum Theil isolirtes, ungekreuzt verlaufendes, compactes Schnervenbundel, das, da es der Degeneration entgangen ist, genau in seinem Laufe verfolgt werden kann. Zunächst liegt es im Opticusstamm nicht getrennt von ihm in seiner unteren Peripherie; dann löst es sich allmählich vom Nerven ab, erhält eine eigene dicke bindegewebige Hülle und verläuft nun isolirt an der Aussenseite des rechten Sehnerven resp. des Chiasma, um eudlich, sich in zwei Theile sondernd, das Chiasma zu überqueren und an der Innenseite des gleichnamigen rechten Tractus fortzulaufen, bis es in das Corpus geniculat. laterale eintritt, wo es nicht weiter zu verfolgen ist. - Die anderen Bestandtheile des Gehirns und der Medulla oblongata waren normal, dagegen fand sich eine leichte Aufhellung der Goll'schen Stränge im Halsmarke. Ausser dem abnormen Opticusbundel fanden sich im Centralnervensystem noch zwei weitere Abnormitäten, ein abgesprengtes Bündel der Pyramidenbahnen im Hirnschenkelfuss und eine asymmetrische Lagerung der vorderen Fissur im Halsmark.

Verfasser hatte Gelegenheit, noch Präparate eines zweiten aberrirenden Opticusbündels zu sehen; hier lag dasselbe wieder an der unteren Peripherie des Opticus, der in diesem Falle intact war, während das abnorme Bündel degenerirt war. Ein dritter Fall ist von Ganser beschrieben worden. Die Verlaufsrichtung des Bündels war in dem Ganser'schen Falle eine ganz gleiche.

Unter Erörterung der bisherigen anatomischen, experimentellen und klinischen Daten über die Frage der partiellen Opticuskreuzung kommt Verfasser bezüglich derselben zu folgenden Schlussfolgerungen: In den drei beschriebenen Fällen ist ein anatomisch präformirtes, zum Theil isolirtes, compactes ungekreuztes Opticusbündel, das jedesmal gleich gross ist, vorhanden. Dasselbe stellt nur einen Theil und zwar wahrscheinlich die unteren (äusseren) Fasern des ungekreuzten Bündels vor, seine Verlanfsrichtung giebt aber höchst wahrscheinlich den Verlauf des ungekreuzten Bündels überhaupt an. Die Frage der totalen oder partiellen Kreuzung der Sehnerven beim Menschen ist durch den anatomischen Beweis zu Gunsten der letzteren entschieden. Construirt man ein diesen anatomischen Daten entsprechendes Schema, so gelingt es, alle Hemianopsieformen durch dasselbe zu erklären. Die bisherigen Widersprüche finden ihre Erklärung in dem compliciten und schwer zu eruirenden Verlanf dieses ungekreuzten Bündels.

Was die Art der beschriebenen Optiousatrophie angeht, so fasst Verfasser dieselbe als eine tabische Sehnervenatrophie auf. Die complicirten Verhältnisse seines Falles scheinen dem Verfasser darauf hinzuweisen, dass es sich bei der tabischen Sehnervenatrophie möglicherweise um eine Läsion des Opticus am Durchtritt durch das foramen opticum handle. Hier konne der Nerv durch eine Einschnurung in Folge einer Periostitis syphilitica (?) oder einer Pachymeningitis specif. (?) zur Atrophie gebracht werden. -

Als weiteres Ergebniss der anatomischen Untersuchung seines Falles stellt Verfasser fest. dass ein Theil der Fasern der Gudden'schen Commissur in die Linsenkernschlinge einstrahlt und wahrscheinlich beide Linsenkerne verbindet. Ein weiterer Theil ihrer Fasern verläuft in den Stiel der Hypophyse.

2. Rezek: Ein primäres polymorphes Sarcom des Gehirns.

62jährige Fran, früher stets gesund, erkrankte (wann, ist nicht angegeben, Ref.) unter den Zeichen von Incontinentia urinæ und zeitweiligen Kopfschmerzen. Plötzlich Anfall von Zwangsbewegungen. Patientin musste plötzlich zu laufen anfangen, fiel dann wieder und zwar auf die rechte Seite; dabei kein Bewusstseinsverlust; kurz vor der Zwangsbewegung Prickeln im ganzen Kürper. Nach dem Fall Füsse kurze Zeit wie gelähmt. Einige Stunden darauf ähnlicher zweiter Anfall. Nach diesem Apathie, Gedächtnissabnahme, Erschwerung der Sprache. Die klinische Untersuchung ergiebt: Beiderseitige Myosis, ophthalmoscopisch normal, Pupillenreaction prompt, Intentionsnystagmus, keine Augenmuskellähmung. Leichte Parese des rechten unteren Facialis und Hypoglossus. Parese der linken Gaumenhälfte. Spastische Parese der unteren Extremitäten; alles übrige normal. Zwangsbewegungen nicht mehr beobachtet; rasche Verschlechterung. nach 14 Tagen an Pneumonie. Die Sectionsdiagnose lautet: Sclerosis diffusa multiplex cerebri, medullæ oblougatæ et spinalis. Die microscopische Untersuchung ergab eine wirkliche, wenn auch sehr ausgedehnte Geschwulstbildung, und zwar waren betroffen: rechter Stirnlappen, wo die Erkrankung am weitesten vorgeschritten war, linker Hinterhauptslappen und linker Stirnlappen in sehr geringem Maasse, ferner die Stammganglien. Hier findet sich im Kopf des rechten Nucleus caudatus ein deutlicher Herd, von dem aus sich die pathologischen Veränderungen in die Umgebung ausbreiten, schliesslich die rechte Substantia Sommeringii und die anstossende Haubenregion.

Im Rückenmark fand sich nur ein leichter Grad von Hydromyelie und eine geringe Vermehrung der Gliakerne um den Centralkanal. Histologisch stellt sich die Neubildung als aus Spinalzellen zusammengesetzt dar, an einzelnen Stellen, namentlich im Nucl. caudat. ist die Vascularisation eine sehr starke; das Gewebe zeigt grosse Tendenz zur Retraction und zu einer eigenthumlichen Form der Necrose. Als Ausgangspunkt der Neubildung supponirt Verfasser die Glia.

Von besonderem Interesse schien Verfasser das Vorhandensein eines Herdes im Nucl. caudat. im Zusammenhalt mit den intra vitam vorgekommenen Zwangsbewegungen zu sein. Die allgemeine Erfahrung weise auf die Existenz eines Gebildes im Gehirn hin, welches im Stande sei,

eine ganze Reihe von Bewegungen, unter anderen die Geh- und Laufbewegungen in einer automatischen Weise ablaufen zu lassen, wenn vorher der Willensimpuls zu diesen Bewegungen von der Hirnrinde aus erfolgt ist. Bizüglich der Geh- und Laufbewegungen haben von Magendie, Schiff und Nothnagel früher angestellte und vom Verfasser wieder aufgenommene Thierexperimente mehrdentige Resultate ergeben, die jedoch mit Wahrscheinlichkeit auf ein solches Bewegungscentrum im Nucleus caudatus hiuweisen. Nach Ansicht des Verfassers wird diese Annahme durch den vorliegenden Fall gestützt.

3. Pfleger und Pilcz: Beiträge zur Lehre von der Microcephalie. Im ersten Theile ihrer Arbeit beschreiben die Verfasser die Schädel und Gehirne von 12 eigenen Fällen von Microcephalie. Bezüglich der einzelnen durch zahlreiche Abbildungen erläuterten Befunde muss auf das Original verwiesen werden Hier seien nur die Resultate, die Verfasser aus ihren eigenen und den in der Litteratur vorhandenen Befunden schliessen, kurz aufgeführt. Von der eigentlichen Microcephalie scharf zu scheiden sind die Fälle von Pseudomicrocephalie, bei denen das abnorm geringe Gewicht des Gehirnes durch direct pathologische Processe (Porencephalie, Atrophie, Hydrocephalus) bedingt ist; dieser Pseudomicrocephalie gehören auch zwei der von den Verfassern mitgetheilten Fälle an. - Die Furchungsund Windungsanomalien der microcephalen Gehirne lassen sich in 3 Typen Erstens kommen Bildungen vor, die ohne Weiteres ontogenetisch zu erklären sind, und die als Persistenz embryonaler Formen oder als directe Thierahnlichkeit gedeutet werden können - in den eigenen Fällen der Verfasser fanden sich solche Bildungsanomalien u. a. als Freibleiben der Insel, abnorme Persistenz des Gyrus supracallosus, Affenspalte. -Zweitens finden sich ganz atypische, regellose Furchen und Windungen. Abweichungen von der Norm, welche weder irgend einer Periode des Intrauteriulebens entsprechen, noch auch an irgend einem Säugethiergehirn vorkommen: hierher sind zu rechnen beiderseits vollständige Ueberbrückung der Fissura Rolandi, Fehlen der grauen Commissur, fast vollständige Verwachsung der Wände des dritten Ventrikels, Verschmelzung der Corpora candicantia, abnorme Bildung des Balkens, einmal Microgyrie. Als dritter Typus wird der von Benedikt so benannte "confluirende Typus" geschildert: viele Furchen hängen direct miteinander zusammen durch abnorme Verlängerung und durch abnorme Aeste, welche die Continuität der Windungen mehrfach aufheben.

Das Wesen und die Aetiologie der Microcephalie ist vollkommen Es kann nur so viel gesagt werden, dass sie eine Störung des Wachsthums des Gehirns und des Schädels ist, welcher Art dieselbe sei, ist dagegen nicht zu erniren; jedoch sprechen die so ausserordentlich vielgestaltigen und schweren Abnormitäten des Gehirns im Vergleich zu den oft nicht besonders hochgradigen Veränderungen am Schädel dafür, dass diese uns ihrer Art nach unbekannte Störung zunächst das Encephalon treffe, durch dessen Wachsthumshemmung erst secundär der Schädel in seiner Entwicklung zurückbleibt. Die Verkleinerung des Craniums steht in den meisten Fällen in keinem Verhältniss zur Kleinheit des Gehirns und

ferner findet sich nur ausserordentlich selten eine wirklich frühzeitige Synostose der Nähte, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind die Nähte unverknöchert, bezw. in einer Anzahl und Reihenfolge verknöchert, die den Alter des Individuums entspricht. Daneben findet sich auch sogar abnorme Persistenz der Stirnnaht. Ebenso wenig wie die Annahme eines primärostalen Ursprungs der Microcephalie begründet ist, sind es andere Hypothesen, die, wie die Vogt'sche, die Microcephalie als Atavismus auffassen, oder aus einer im Microcephalengehirn selbst liegenden Ursache (abnorme Enge der Kopfgefässe, allgemeine Hypoangie etc.) sie einheitlich zu erklären sucheu. Das Wahrscheinlichste scheint den Autoren zu sein, dass die eigentliche Ursache ausserhalb des betreffenden Organismus zu suchen sei, dass Einflusse, die z. B. bei der Zeugung vorwalteten oder auf irgend eine andere Art von den Eltern ausgehen, diese Missbildung durch in den Keim gelegte abnorme Eigenschaften bedingen. Dahin gehende Thatsachen wurden bisher vereinzelt berichtet; so zeugte ein Mann während einer Quecksilberschmierkur ein idiotisches Kind, während alle anderen vor und nach dieser Kur von ihm gezeugten Kinder gesund waren; ähuliche Bedeutung schien in manchen Fällen der Alcoholismus des Vaters, Traumen während der Schwangerschaft u. a. m. zu haben.

Aus der von den Autoren durchgeführten Auffassung ergiebt es sich von selbst, dass sie der chirurgischen Behandlung der Microcephalie, wie diese von Lannelongue und Fuller eingeführt wurde, vollkommen, und gewiss mit vielem Becht, ablehnend gegenüberstehen. —

Ein vollständiges Litteraturverzeichniss der einschlägigen Arbeiten beschliesst die Abhandlung.

4. Dexler: Untersuchungen über den Faserverlauf im Chiasma des Pferdes und über den binocularen Sehact dieses Thieres.

Einem zwei Tage alten Fohlen wurde ein Bulbus enucleirt und das Thier nach drei Monaten getödtet. Die gesammte Sehbahn wurde nach der Methode von Weigert. Pal untersucht; ferner wurde einem 10jährigen Pferde ein Bulbus enucleirt, das Thier nach 30 Tagen getödtet und auch hier die gesammte Sehbahn und zwar nach der Methode von Marchi untersucht. Die aus diesen Untersuchungen sich ergebenden Resultate sind im Folgenden zusammengefasst: Nach einseitiger Enucleation treten beim Pferde Degenerationen auf, welche sich in ihrer Hauptmasse in den gegenüberliegenden Tractus fortsetzen, zum kleineren Theile jedoch auf den gleichseitigen Tractus übergehen; es ergiebt sich daraus die Existenz eines starken gekreuzten, eines schwächeren ungekreuzten Bündels. verläuft nicht als isolirter Strang und beträgt auf Querschnitten 1/8-1/6 der Gesammtmasse des Tractus. Im ganzen Bereich des Chiasma ist ein directes Verfolgen irgend einer Faser oder eines Bundels auf eine längere Strecke in einem Horizontalabschnitte ausgeschlossen, da alle Bündel is ihrem Verlaufe verschiedene Windungen durchmachen. - Das ungekrenzte Bundel ist jedenfalls viel zu gross, als dass es etwa functionell bedeutungslos wäre oder nur zur Leitung oculopupillärer Impulse dienen könnte.

Im Zusammenhalt mit am lebenden Thier gemachten Beobachtunges spricht diese Partialkrenzung dafür, dass auch beim Pferde ein binoculärer Sehact besteht und bestätigt so den Gudden'schen Satz, dass bei allen

Digitized by GOOGLE

Thieren — und auch beim Menschen —, deren Gesichtsfelder zusammenfallen, sich die Sehnerven theilweise kreuzen.

5. Dexler: Zur Histologie der Ganglienzellen des Pferdes im normalen Zustande und nach Arsenikvergiftung.

Die Untersuchungen wurden nach der Nissl'schen Methode angestellt. Das Pferd wurde in der Voraussetzung gewählt, dass die structurellen Verbaltnisse bei demselben in Folge der Grösse der Einzelelemente besonders deutlich nachweisbar seien. Auch liess die ganz besondere Widerstandskraft des Pferdes gegen das Arsen eine Modificirung der bisher bei Hunden und Kaninchen erhobenen Befunde erwarten. - Zunächst wurden die normalen Structurverhältnisse der Ganglienzellen des Pferdes ermittelt. Die Vorderhornzellen zeigen stets einen typisch stichochromen Bau. Die Körnchen sind in der Peripherie parallelstreifig angeordnet, gegen den Kern zu werden sie kleiner und dichter und bilden um den Kern herum ein unentwirrbares Gemenge. Die Körnchen setzen sich in regelmässiger Anordnung in die Protoplasmafortsätze hinein fort. Die Zwischensubstanz ist vollkommen farblos; sie erscheint nur deswegen blau, weil darüber und darunterliegende färbbare Elemente ihr einen blauen Schimmer geben; aus demselben Grunde scheint auch der Kern blau schimmernd. Der Axencylinder ist vollkommen homogen; er senkt sich nur ganz seicht oft in Form eines schiefen Kegels in das Protoplasma ein. Von dieser Zellform weichen einzelne Zellen der Vorderhörner etwas ab. Die Zellen der Seiten- und Hinterhörner weichen von dem für diese Zellen typischen Bau nicht wesentlich ab.

An den Spinalganglien unterscheidet man drei Zellformen. Am bäufigsten sind kugelrunde Zellen mit grossem Kern und rundem Nucleolus, deren Protoplasma eine durchwegs gleichartige Einlagerung feinerer und gröberer Körnchen zeigt; bei anderen Zellen findet sich eine unregelmässige, bald verschwommene, bald sehr genau abgrenzbare concentrische Anordnung innerhalb der Körnchenmassen. Drittens giebt es Zellen, deren Kern schalenartig von ziemlich groben Körnchenzügen umschlossen ist. Wichtig ist, dass die Zellen auch im normalen Zustande eine verschieden starke Färbbarkeit haben und namentlich die kleineren Zellen stets stärker gefärbt erscheinen

Der Vergiftungsversuch mit Arsen wurde derart angestellt, dass das 600 Kilogramm schwere Thier innerhalb 45 Tagen 161 Gramm Arsenik bekam. Das Thier starb am 50. Tage, ohne vorher eigentliche nervöse Störungen gezeigt zu haben, wenn man von einer hochgradigen Muskelschwäche absieht, die aber schon in den erschöpfenden Durchfällen ihre Erklärung fand. Die Untersuchung ergab dementsprechend, neben schweren parenchymatösen Degenerationen in der Leber und den Nieren, im Nervensystem nur Veränderungen geringen Umfanges und in initialer Entwickelung: sie beschränken sich auf die Zellen der Spinalganglien des Lumbar- und Sacralsegments und auf diejenigen des Rückenmarks. Die häufigste Veränderung der Spinalganglienzellen war die, dass in dem kugelrunden Protoplasmaleib nahe seiner Peripherie vielgestaltige Gewebspartien auftreten, innerhalb welcher die typischen Körnchen fehlen und sich nur feinste, eben noch erkennbare Formelemente finden. Die überwiegende Zahl der Zellen

war übrigens in den Spinalganglien, ebenso wie auch im Rückenmark gesund. Der häufigste und wichtigste pathologische Befund an den Vorderhornzellen war der, dass in ihnen eine partielle Homogenisirung der Körnchenhaufen und eine vermehrte Färbbarkeit der Zwischensubstanz eintrat. Neben den geschilderten finden sich an den Zellen noch einige seltenere und offenbar weuiger wichtige Abweichungen vom normalen Bau.

Der Unterschied dieser Befunde von den bei Arsen vergifteten Hunden und Kaninchen erhobenen beruht wahrscheinlich auf der dem Pferd allein zukommenden Widerstandsfähigkeit gegen die Arsengiftwirkung.

6. Zappert: Ueber Wurzeldegenerationen im Rückenmarke und der Medulla oblongata des Kindes.

Verfasser untersuchte 61 Rückenmarke von Kindern, deren jüngstes einer Frühgeburt aus dem 7. Monat und deren ältestes einem 6 Jahre alten Kinde angehörten, ohne Auswahl nach Krankheiten und Sectionsbefundes, mittelst der Marchi'schen Methode, in 4 Fällen ausserdem auch noch die Medulla oblongata. In der Mehrzahl der untersuchten Rückenmarke und Meduliæ oblongatæ, nämlich in 46 Rückenmarken und 3 Medullæ oblongatæ ergaben sich mehr oder minder hochgradige Veränderungen, die in dem Auftreten schwarzer Schollen in den intraspinalen Antheilen der Vorderwurzeln aus dem Cervical- und Lendenmark, in den intramedullären motorischen Hirnnervenantheilen, sowie in den von den Clarke 'schen Säulen zur Kleinhirnseitenstrangbahn ziehenden Fasern bestanden. An Controllpräparaten mit Markscheidenfärbung, ebenso wie an Ganglienzellpräparaten nach Rossi waren entsprechende Veränderungen niemals auffindbar, mit Ausnahme eines Falles, welcher die stärksten Wurzelveränderengen dargeboten hatte; hier waren die Ganglienzellen der Vorderhörner geschrumpft und deformirt. Gerade dieser Fall hatte tibrigens auch im Leben nervöse Erscheinungen - Beugecontracturen und geringe Paresen der oberen und unteren Extremitäten dargeboten, während sonst entsprechende klinische Erscheinungen stets gefehlt hatten. Auch in diesem Falle aber ist der Zusammenhang zwischen anatomischem und klinischem Bild nicht sicher feststellbar, wenn auch Verfasser geneigt ist, einen solchen auzunehmen. Hervorzuheben ist noch, dass in den vier untersuchten Rückenmarken von Kindern über 4 Jahre sich stets ein negativer Befund ergab.

In der Erklärung der Besunde wird zunächst die Annahme von Fehlern in der Methodik zurückgewiesen; auch dass es sich um postmortale Veränderungen gehaudelt habe, ist nicht richtig, wie Controllpräparate von erst längere Zeit post mortem secirten Kinderrückenmarken lehren. Die geschilderten Veränderungen treten weiterhin in so wechselnder nud so wenig an das Alter gebundener Weise auf, dass auch für eine Beziehung derselben zum Entwickelungsprocess des Bückenmarks kein Anhaltspunkt gewonnen werden kann und man ihnen die Bedeutung einer Degeneration zuweisen muss. Die Frage, wieso gerade nur die motorischen Wurzeln und die den Clarke'schen Säulen entspringenden Fasern degeneriren, und auch diese Fasersysteme nur in geringer Ausdehnung, vermag Versasser vorlänfig nur hypothetisch zu beantworten; ebenso wenig lässt sich die Frage nach der Art des auf das Centralnervensystem einwirkenden schädigenden Einflusses sicher entscheiden.

Was nun auch immer die Erklärung für die hier vorliegenden Erscheinungen sein mag, jedenfalls mahnen sie aufs Neue wieder, wie auch Verfasser hervorhebt, zu ganz besonderer Vorsicht in der Dentung von an Marchi-Präparaten erhobenen Befunden; hier sind es ja nicht die diffus im Querschnitt zerstreuten schwarzen Schollen, auf die sonst auch schon aufmerksam gemacht wurde, sondern regelmässig auf bestimmte Fasergruppen beschränkte, reihenförmig angeordnete Körnchen — so weit die beigegebenen Abbildungen erkennen lassen — und diese Veränderungen hatten doch sicher kein erkennbares klinisches Aequivalent. Ob sich das Vorkommen solcher Wurzeldegenerationen wirklich nur auf das Rückenmark von Kindern bis zu 3 Jahren beschränkt, ist doch wohl noch nicht so sicher ausgemacht, bei Thieren — auch älteren — hat jedenfalls Beferent ähnliche Beobachtungen machen können. Nur der fortwährende Vergleich mit sicher normalen Controllpräparaten kann da vor unangenehmen Irrthümern schützen.

7. Obersteiner: Die Innervation der Gehirngefässe.

Die Frage, ob die kleinen Gehirngefässe eigene Nervenfasern besitzen, war bisher streitig gewesen. O beschreibt eine mit Goldchloridkalium gefärbte Pialarterie, an der mit aller Deutlichkeit Nervenfasern sichtbar sind, die das Gefäss umspinnen Die Nervenfasern stellen sich als nicht ganz gleich dicke, stellenweise leicht knotig aufgetriebene Fäden dar, mit auffälligen Verlanfsunregelmässigkeiten. An der nervösen Natur dieser Fäden ist nicht zu zweifeln. Aus dem anatomischen Nachweis eigener Nerven für die feineren intracraniellen Gefässe folgt ohne weiteres der Schluss, dass diesen Gefässen auch die Fähigkeit zukommt, sich activ zu contrahiren, wofür von vorneherein auch die Thatsache sprach, dass diese Gefässe eine wohlausgebildete musculöse Media besitzen.

Cassirer,

LXXX) André Thomas: Das Kleinhirn, anatomische, klinische und physiologische Studie.

(Paris 1897. 356 S.)

(Die Bedaction glaubt bei der Wichtigkeit des Themas und der Bedeutung seiner Behandlung durch Thomas und Déjérine noch einmal auf das Buch T.'s surückkommen su müssen. Man consultire beim Lesen die farbige Tafel im Septemberheft.)

Der Verfasser dieser grossen und inhaltsreichen Monographie über das Kleinhirn ist ein Schüler Déjérine's, des ausgezeichneten Pariser Gebirnanatomen und Neurologen. Das Buch ist daher auch (im Unterschied von Luci an is gleichlautender Monographie) in erster Linie ein anatomisches Werk, es will den Resultaten des physiologischen Experiments und der klinischen Beobachtung eine sichere anatomische Grundlage schaffen, den Mechanismus der Function des Organs durch eingehende Darstellung seines Baues, speciell seiner Verbindungen mit anderen Theilen des Centralnervensystems klarlegen. In diesen anatomischen Ausführungen liegt der Hauptwerth des Buches.

Das ganze Werk zerfällt in 9 Kapitel. Das 1. Kapitel, in welchem der Verfasser einen Ueberblick über die bisherige Entwicklung der Lehre von den Functionen des Kleinhirns giebt, ist von einem gewissen allgemeinen Interesse. Es zeigt uns recht anschaulich, auf welch, wunderlichen

Irrwegen die Wissenschaft oft lange Zeit wandelt, ehe sie der Wahrheit näher zu kommen vermag; es zeigt uns namentlich auch, wie berechtigt ein gewisses Misstrauen gegen die Ergebnisse der experimentellen Physiologie ist, die uns schon gar häufig, zumal wenn es sich nm technisch schwierige Experimente handelte, mit unechtem Golde beschenkt hat. Hat doch noch vor 6 Jahren ein französischer Autor, der eine Arbeit über das Kleinhirn und seine Functionen schrieb, aus Experimenten an der Ratte das erstaunliche Resultat erhalten, dass das Kleinhirn das Organ der psychischen Sensibilität sei, so dass Apathie die Folge seiner Läsion darstelle! Thomas theilt die Geschichte der Physiologie des Cerebellums in 2 Perioden ein, deren zweite er mit Luciani's Untersuchungen beginnen lässt. Von neueren Arbeiten werden namentlich diejenigen von Dupuy, Russel, Ferrier und Turner, Schiff besprochen. Die ältere Zeit findet man bei Luciani ausführlicher geschildert.

Das zweite Kapitel giebt in kurzer klarer Darstellung die Morphologie des Kleinhirns und enthält nichts Neues. Thomas betont die strenge anatomische Sonderung von Rinde und Kernen des Kleinhirns, welche auch als functionell different betrachtet werden müssen.

Die beiden nächsten Kapitel beschäftigen sich in sehr eingehender und gründlicher Weise mit den verschiedenen Fasersystemen, welche das Cerebellum mit den anderen Theilen des Certralnervensystems in Verbindung setzen. Der Verfasser beschränkt sich nicht auf eine Zusammenstellung und kritische Sichtung aller bisherigen einschlägigen Arbeiten, deren in den letzten Jahren eine grosse Anzahl erschienen ist, sondern bringt eine Reihe eigener Untersuchungen, welche ihn zum Theil zu etwas abweichenden Anschauungen über Richtung und Verlauf der einzelnen Faserbündel geführt haben. Er hat speciell mit der Marchimethode die secundären Degenerationen nach experimentell erzeugter Läsion bestimmter Theile des Kleinhirus untersucht und hierbei namentlich ein wichtiges Resultat erhalten: nach Zerstörung des Nucleus dentatus einer Kleinhirnhemisphäre degeneriren im gleichseitigen Vorderseitenstrang des Rückenmarks eine Anzahl Fasern, welche im Nucleus dentatus cerebelli entspringen und an die Ganglienzellen des Vorderhorns herantreten. Die Fasern nehmen im Rückenmark von oben nach unten an Zahl allmählich ab, sind jedoch im Lendenmark noch deutlich wahrnehmbar. Eine Reihe von Abbildungen illustrirt die Befunde. Das Genauere muss im Original nachgelesen werden; bier mag nur eine kurze Uebersicht über die verschiedenen Fasersysteme, welche das Kleinbira zu Gehirn und Rückenmark in Beziehung setzen, Platz finden:

I. Fibrae afferentes, aufsteigende, centripetale Fasern:

A. Im unteren Kleinhirnschenkel eintretend:

- 1. Die medullären Fasern:
 - a) die directe Kleinhirnseitenstrangbahn; sie beginnt in den Zelles der Clarke'schen Säulen und endet nach partieller Kreuzusg im Wurm.
 - b) Fasern der Hinterstränge, welche im Wurm endigen.

Die Fasern des Gowers'schen Bundels im Vorderseitenstrange des Buckenmarks endigen theilweise auch im Kleinhirn; sie stammen haupt-

sächlich aus dem Brustmark, verlaufen jedoch nicht im unteren Kleinhirnschenkel, sondern treten nach einem sehr complicirten Verlauf durch Medulla oblougata und Pons am inneren Rand des oberen Kleinhirnschenkels ins Cerebellum ein, wo sie im vorderen und oberen Theil des Wurms der anderen Seite enden.

- 2. Die bulbären Fasern (im Corpus restiforme verlaufend):
 - a) Fasern von den Kernen der Hinterstränge,
 - b) Fasern von der unteren Olive und den daneben gelegenen Kernen,
 - c) vielleicht auch Fasern von den Kernen der Seitenstränge.
 - d) Fasern vom Deiters'schen und Bechterew'schen Kern. Hierdurch ist die Verbindung des Kleinhirns mit dem V., VIII., IX. und X. Hirnnerven gegeben.
 - B. Im mittleren Kleinhirnschenkel eintretend:
- Fasern, welche in der grauen Substanz des Pons ihren Ursprung nehmen und nach partieller Kreuzung in der Binde der Hemisphäre des Kleinhirns enden.
- 2. Fasern aus der grauen Substanz der Haube der anderen Seite, welche in der Rinde des Kleinhirns ihr Ende finden.
 - II. Fibrae efferentes, absteigende, centrifugale Fasern.
- 1. Fasern, welche im Nucleus dentatus entspringen und, im Vorderseitenstrang des Bückenmarks nach abwärts verlaufend, an den Ganglienzellen des Vorderhorns endigen.
- 2. Fasern von der Rinde zu den Kernen des Corpus restiforme und des Seitenstrangs.
- 3. Fasciculus cerebello-vestibularis; dieser beginnt im Nucleus dentatus und Nucleus tecti, verläuft im inneren Segment des Corpus restiforme und endet nach partieller Kreuzung in den Deiters'schen und Bechtere w'schen Kernen.
- 4. Stattliche Faserbündel, welche vom Nucleus dentatus durch den Pedunculus cerebelli superior zum rothen Kern verlaufen, diesen theil weise durchsetzen und im Thalamus endigen.
- 5. Fasciculus retropeduncularis, von der Rinde des Kleinhirns im Pedunculus cerebelli superior zur grauen Substanz, welche diesen vom Fasciculus "en crochet" trennt, verlaufend.
- 6. Fasciculus "en crochet", welcher mit dem oberen Kleinhirnschenkel aus dem Cerebellum austritt und mit den Fasern des Fasciculus cerebello-vestibularis weiterzieht.
- 7. Fasern, welche von der Rinde des Kleinhirns durch den mittleren Kleinhirnschenkel ungekreuzt zur Brücke ziehen und dort endigeu (wenig zahlreich).

Eine ausgiebige Verbindung der beiden Hemisphären durch Commissurenfasern findet nicht statt. Der Flocculus ist mit dem Nucleus dentatus und Nucleus tecti durch Fasern verknüpft. Die Rinde des Kleinhirns ist mit den central gelegenen grauen Kernen durch Fasern verbunden, deren Zellen theils in der Rinde, theils in den Kernen liegen. Die Anordnung ist also die, dass die ins Kleinhirn eintretenden Fasern grösstentheils in der grauen Rinde des Wurms und der Hemisphären ihr Ende finden, während die Fibræ efferentes fast ausschliesslich in den grauen Kernen des Kleinhirns ent-

springen und von da zu Rückenmark, Bulbus, Pons und Cerebrum verlaufes. Die aufsteigenden Bahnen endigen vorwiegend gekreuzt, die absteigenden

derart, dass sie die gleichseitige Körperhälfte innerviren.

Das 5. Kapitel schildert kurz den histologischen Bau des Kleinhiras. Thomas hält sich hier an die Darstellungen von Kölliker, Cajal und Anderen, ohne etwas Neues beizubringen. Er glaubt, aus der Structur der Kleinhirnrinde den Schluss ziehen zu können, dass eine Erregung, die durch eine einzige Faser zur Rinde gelangt, dort sich an der Oberfläche wie in die Tiefe weit ausbreite. Ob man berechtigt ist, aus der Betrachtung von Golgipräparaten derartige Hypothesen abzuleiten, mag dahingestellt bleiben.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit der Pathologie des menschlichen Kleinhirns. Thomas hat 39 Fälle von Kleinhirnerkrankung aus der Litteratur zusammengestellt und bereichert diese Casuistik noch durch 2 eigene Beobachtungen, die ein wesentlich anatomisches Interesse bieten. Der Symptomencomplex bei Kleinhirnerkrankungen, von denen eigentlich nur Atrophie. Sklerose und Entwicklungshemmungen für das Studium der Physiologie des Cerebellums in Betracht kommen, tritt aus den klinischen Beobachtungen, welche später durch die Obduction ihre anatomische Deutung erfuhren, nicht mit ganz überzeugender Klarheit zu Tage. macht auf die Mangelhaftigkeit einer grossen Zahl der mitgetheilten Fälle selbst aufmerksam und geht bei ihrer Verwerthung für die Functionenlehre des Kleinhirns mit Vorsicht zu Wege. Und in der That ist ein kritisches Vorgehen hier sehr am Platze. Wer sich die Mühe nimmt, die einzelnen Krankengeschichten in der Darstellung von Thomas genauer zu studiren. wird zu der Ueberzeugung kommen, dass der grössere Theil derselben für die Physiologie kaum oder gar nicht verwerthbar ist. Die klinischen Beobachtungen sind theilweise äusserst mangelhaft, die anatomischen Untersuchungen grossentheils unvollständig. Häufig bestanden gleichzeitig Er. krankung des Grosshirns oder des Rückenmarks oder beider, so dass es unmöglich wird, die Störungen, welche einer Schädigung des Kleinhirns entspringen, von dem übrigen Symptomencomplex genau zu differenziren. Von besonderem Interesse sind die Fälle von Vulpian, Fraser, Schultze, Hammarberg, Arndt, Meschede, Lévêque, Hitzig, Thierry. Die Arbeit von Bonhöffer über die Localisation der chorestischen Bewegungen ist dem Verfasser wohl noch nicht bekannt gewesen. beiden Fälle, welche Thomas neu beibringt, schon oben erwähnt, vorwiegend anatomische Bedeutung, insofern sie die secondären Degenerationen nach Kleinhirnerkrankung deutlich veranschauliehen und die anatomische und functionelle Verschiedenheit der cerebellaren Rinde einerseits und der grauen Kerne des Kleinhirns andererseits zu demonstriren geeignet sind. Die klinische Darstellung befriedigt nicht vollkommen. Auch ist die Abgrenzung des cerebellaren Symptomencomplexes in Folge gleichzeitiger Erkrankung anderer Theile des Centralnervensystems nur in sehr beschränktem Maass möglich. Im ersten Fall handelt es sich um einen Patienten, der im 55. Lebensjahr allmählich eine rechtsseitige Hemiparese erleidet. Die Sprache ändert sich. Es treten Gleichgewichtsstörungen ein, die im Laufe der Zeit immer intensiver werden. Nach

Digitized by GOOGLO

12jähriger Dauer der Krankheit bestehen folgende Symptome: Breitspuriger schwankender Gang, ohne Lähmung der Beine. Schwäche des rechten Armes, dessen Muskeln theilweise degenerativer Atrophie verfallen. Rechtes Bein etwas atrophisch. Patellarreflex gesteigert, rechts stärker als links. Sensibilität auf der rechten Körperhälfte, namentlich am Vorderarm, herabgesetzt. Parästhesien der Fusssohle. Scandirende Sprache. Abweichung der Zunge nach rechts. Die Gangstörung nimmt innerhalb der nächsten 3 Jahre allmählich zu, der Kranke geht wie ein Betrunkener, schleudert die Beine, namentlich das rechte, beim Gehen; er schwankt beim Stehen. In Rückenlage geringer Grad von Ataxie. Rythmischer Tremor der rechten Hand. Die Atrophie der kleinen Handmuskeln hat rechts zugenommen, links auch angefangen. Patellarreflex normal. Scandirende leicht näselnde Sprache. Patient stirbt an einer Pneumonie. Section: Atrophie der Kleinbirnrinde. Degeneration in den Seitensträngen des Rückenmarks. In der Höhe der 8. Cervical- und 1. Dorsalwurzel Atrophie und Schwund der motorischen Vorderhornzellen. Atrophie und Schwund der Zellen der Clarke 'schen Säulen. Neuritische Veränderungen im rechten Medianus and Ulnaris. Atrophie der Oliven, des Corpus restiforme. Vom Grosshirn ist nichts gesagt.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen schwer belasteten, von Jugend auf hysterischen Bäcker, der im 25. Lebensjahr an allmählich zunehmender Schwäche der Beine und emotionellem Tremor erkrankt. 15 Jahre später treten allgemeine Muskelschwäche, hochgradige Sprachstörung, Intensionstremor, völlige allgemeine Anästhesie auf. Der Kranke verblödet allmählich immer mehr, verfällt dem hochgradigsten apathischen Blödsinn, die Sprache wird langsam, scandirend und stotternd, die Glieder werden sämmtlich paretisch, das Gleichgewicht geht verloren, Gehen und Stehen ist unmöglich; bei Versuchen zu gehen, tritt starker Tremor auf. Ein nicht unterstütztes Glied geräth in ausgiebiges Schwanken. Intentionstremor. Fibrilläre Zuckungen der Zunge. Kein Nystagmus. Die Sensibilität fehlt der Haut und sämmtlichen, selbst den tief gelegenen Schleimhäuten, ebenso fehlt Hunger und Durst. Träge Pupillenreaction. Herabgesetzte Sehschärfe. Geruch und Geschmack fehlen. Sehnen-, Haut- und Pupillenreflexe fehlen. Cachexie, Tod. Section: Atrophie des Kleinhirns, combinirte Strangerkrankung des Rückenmarks; Atrophie einzelner Fasersysteme in Medulla oblongata, Pons und den Kleinhirnschenkeln. Der Satz "il n'existe aucune lésion des hémisphères cérébreux et de l'isthme de l'encéphale" erscheint kaum glaubhaft. Die Ursache der progressiven Verblödung wird nicht erörtert, die allgemeine Anästhesie als hysterisch gedentet.

Der cerebellare Symptomencomplex, wie er aus der Klinik der Kleinhirnerkrankung abstrahirt wird, ist nach Thomas kurz folgender: Bei doppelseitiger Kleinhirnerkrankung:

Gleichgewichtsstörungen bei intacter motorischer Kraft und intacter Sensibilität. Beim Stehen werden die Beine behufs Verbreiterung der Unterstützungsbasis von einander entfernt, der Körper schwankt in verschiedenen Richtungen, ebenso der Kopf; die Beine zittern. Diese Störungen nehmen beim Gehen zu, der Kranke geht wie ein Betrunkener, fällt leicht.

wird rasch mude. Beim Bewegen der Arme treten, wenn Patient steht, die Schwankungen des Kopfes und Rumpfes verstärkt zu Taga, von einem grosswelligen Tremor des Armes begleitet. Im Liegen oder Sitzen sind die Störungen weniger hochgradig, aber immer noch deutlich: das Schreiben, das Ergreifen eines Gegenstandes geht unter Zittern vor sich. Die Reflexe sind gesteigert oder normal. Kein Romberg. Es besteht Sprachstörung, meist in Form scandirender Sprache. Bisweilen Nystagmus oder Strabismus. Manchmal Schwindel, kein Erbrechen. Sensibilität in allen Qualitäten normal; auch der Muskelsinn intact. Sphincteren intact. Intelligenz meist erhalten, aber trübe Stimmung; geringe Aufmerksamkeit. Gewisser Grad intellectueller wie psychischer Asthenie.

Bei einseitiger Kleinhirnerkrankung: nur selten halbseitige Störungen. In dem Fall von Meschede: Rotationsbewegung um die Längsachse des Körpers von links nach rechts bei hochgradiger rechtsseitiger Kleinhiratrophie.

Das 7. Kapitel enthält die Resultate des Thierexperiments. Die operative Technik wird genau geschildert Thomas hat an Hunden, Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen experimentirt; er berichtet in eingehender und anschaulicher Weise über 42 Experimente. Die Ausdehausg der Verletzung und das eigenartige Verhalten des operirten Thieres werden durch wohlgelungene Abbildungen in sehr zweckmässiger Weise illustrit. Die operative Zerstörung betraf bald eine Hälfte des Kleinhirns, bald nur eine Hemisphäre, 8 mal wurde das ganze Kleinhirn zerstört, 10 mal erstreckte sich die Verletzung nur auf den Wurm; endlich wurde in 16 Fällen das Kleinhirn gleichzeitig an mehreren Stellen lädirt. Sämmtliche Thiere wurden obducirt. Operationsfehler, welche zu unbeabsichtigten Nebenverletzunges führten, werden gewissenhaft registrirt. Das Verfahren ähnelt dem Luciani's. Die totale Zerstörung des Kleinhirns führte meist, aber nicht immer, nach einigen Wochen zum Tod, nachdem das Thier in Folge Nahrungsverweigerung sehr abgemagert war.

Die Resultate der zahlreichen Experimente am vierfüssigen Sängethier sind im Wesentlichen folgende: Während der Operation treten Reizerscheinungen auf, die sich in Folge der Anästhesie und der Fixation des Thieres während des Experiments nicht völlig manifestiren können. Dann treten die Ausfallserscheinungen zu Tage, die jedoch bald durch die stellvertretende Thätigkeit anderer Hirngebiete wieder theilweise verdeckt bezw compensirt werden.

Halbseitige Zerstörung des Kleinbirns: Nach dem Erwachen ans der Narcose Rotationsbewegungen um die Längsachse von der gesunden nach der verletzten Seite; gleichzeitig déviation conjuguée der Augen nach der gesunden Seite. Zeitweise Nystagmus oder Strabismus. In der Ruhe liegt das Thier contracturirt auf der Seite der Operation, der Kopf ist extendirt, nach hinten und nach der verletzten Seite gebogen. Die Extremitäten sind namentlich auf der Seite der Verletzung extendirt und contracturirt. Die Contractur lässt nach einigen Tagen nach. Pleurothotonus. Die Rotationsbewegungen hören nach wenigen Tagen auf. Häufig Schluckstörung und Erbrechen. Kein Bellen, nur ängstliches Winseln. Nach 4-5 Tages

Die anfängliche Steigerung der Sehnenbewegt sich das Thier. reflexe lässt allmählich nach; schliesslich verminderter Muskeltonus und schwache Reflexe. Die anfängliche Zwangslage auf der operirten Seite verschwindet nach und nach; beim Liegen auf der gesunden Seite tritt Zittern auf, Stehen und Gehen kommen erst später allmählich wieder, das Gehen später als das Stehen; je complicirter der Bewegungsmechanismus, desto später wird er wieder erlernt. Stehen nach 15-20 Tagen; bei längerem Stehen tritt Zittern und Schwanken des Körpers auf, bis das Thier schliess. lich fällt. Rasche Ermudung, Ortsveränderung eines Gliedes oder eines Theiles des Körpers führt zum Sturz. Urin und Koth werden in abnormer Stellung entleert. Coitus in Folge Gleichgewichtsstörung unmöglich. Schwimmen gelingt für kurze Zeit. Beim Gehen sind die Gleichgewichtsstörungen am deutlichsten. Die Pfoten gerathen in abnorme Abduction, der ganze Körper schwankt nach der Seite der erhobenen Pfote, mühsame und sichtlich anstrengende Compensationsbewegungen gelingen nicht immer, das Thier fallt haufig. Allmahlich wird der Gang besser, es tritt die Gangstörung ein, die als Gang des Betrunkenen beschrieben wird. Dabei rasche Ermudung. Mit fortschreitender Wiederherstellung wird auch längeres Geben wieder möglich, aber die Geschmeidigkeit der Bewegungen, die ruhige Sicherheit bei der Locomotion fehlt. Die Nahrungsaufnahme ist lange Zeit erschwert. Das Thier bleibt rascher ermtdbar. Es ist augenfällig, dass es sich nicht um Wiederherstellung einer momentan verlorenen Fähigkeit, sondern um Schaffung eines neuen Bewegungsmechanismus handelt; die Bewegungen, die beim gesunden Thier automatisch ablaufen, tragen hier mehr den Character des Beabsichtigten, des bewusst Gewollten. Bei feineren Bewegungen treten immer noch Gleichgewichtsstörungen deutlich zu Tage. Sensibilität, Gesicht, Gehör sind nicht alterist.

Nach Zerstörung des ganzen Kleinhirns sind die Störungen anfänglich weniger intensiv, jedoch tritt die Restitution langsamer und unvollständiger ein. Die Rotationsbewegungen sind weniger ausgesprochen. Häufig besteht horizontaler Nystagmus, Opistothonus, Schluckstöruugen, Erbrechen. Nach einigen Tagen mit Nachlass der Contracturen Steigerung der Sehnenreflexe. Das Gehen wird später und muthsamer erlernt als nach Halbseitenläsion. Augenschluss vermehrt die Gleichgewichtsstörung nicht; doch ist die Thätigkeit der Augen beim Wiedererlernen von Stehen und Gehen sehr wichtig: ein blinder Hund erreichte dieses Ziel nicht. Die halbseitige oder totale Entfernung des Kleinhirns ganz junger Thiere hat keine Wachsthumshemmung zur Folge. Die Thiere konnten, ins Wasser gesetzt, schwimmen, ein Beweis dafür, dass das Kleinhirn kein Coordinationscentrum der Schwimmbewegung darstellt.

Zerstörung des Wurms: Anfänglich Kopf stark nach hinten gebeugt, Opisthotonus; Vorderfüsse in forcirter Extension, verticaler Nystagmus; nach einigen Tagen: beim Versuch, vorwärts zu gehen, geht das Thier rückwärts oder überstürzt sich. Dann allmählich Besserung, aber atactischer Gang der Hinterfüsse. Der Rumpf schwankt bei Bewegungen oder Stellungsänderung in der Richtung von vorne nach hinten.

Zerstörung kleinerer Bezirke des Cerebellums können symptomlos bleiben oder nur kurzdauernde Gleichgewichtsstörungen verursachen Das Wesentliche im Symptomencomplex der Kleiuhirnverletzung sind also Störungen der Bewegungen, der wilktrlichen wie der automatischen und reflectorischen, ohne dass eine Lähmung besteht. Zu demselben Besultat war Luciani auf Grund seiner mannigfaltigen Experimente gekommen; er hatte den cerebellaren Symptomencomplex als Asthenie, Atonie und Astasie bezeichnet. Mit Becht hebt Thomas hervor, dass Luciani's Theorie, wonach das Kleinhirn auf das übrige Nervensystem eine neuromusculäre, asthenische, tonische und statische Thätigkeit ausübe, keinerlei Einblick in den Mechanismus dieser Thätigkeit gewähre. Hier setzt der Anatom Thomas ein: er will den klinischen und experimentell gewonnenen Thatsachen die auatomische Grundlage schaffen, den Mechanismus der Function aus dem Bau des functionirenden Organes verständlich machen. Damit beschäftigen sich die beiden letzten Kapitel des Buches.

Der Verfasser bespricht zunächst die Bedingungen des Gleichgewichts im normalen Zustand des Thieres und Menschen. Die Ausführungen bieten nichts Neues. Als wesentlicher Inhalt mag hier ein Satz angeführt werden: "Bei jedem Vorgang, der im Stand ist, das Gleichgewicht zu stören, sei "es, dass der Wille dauernd einwirkt oder nur im Beginn die Bewegung "auslöst, um weiterhin latent zu wirken, immer vollziehen sich neben den "direct und zu einem bestimmten Zweck intendirten Muskelcontractionen "gewisse Veränderungen im Tonus der anderen Muskeln derart, dass sämmtliche am Körper wirkenden Kräfte eine einzige Resultante haben, die auf "der Unterstützungsebene senkrecht steht und in das Innere des aus der "Verbindung der Unterstützungspunkte gebildeten Polygons fällt: das ist

"die Gleichgewichtsbedingung."

Nach Entfernung des Kleinhirns ist das Gleichgewicht gestört. Die von Luciani als Reizerscheinungen bezeichneten Zwangsbewegungen sind dies nicht, sondern sind die Folge des Ausfalls der Kleinhirninnervation. Die normale Reactionskraft, welche zur Equilibrirung nöthig ist, ist unterdrückt. Das Grosshirn muss vicariirend eintreten, die Bewegungen werden brüsk, zeigen den Character des Gewollten. Bevor ein neuer Mechanismus zur Erhaltung des Gleichgewichts erworben werden kann, muss das Thier erst seine Muskeln versuchen; daher die Asthenie, die Astasie, die verunglückten Bewegungen, die Atonie. Jede Kleinhirnhemisphäre ist eine Kraftquelle für die gleichnamige Körperhälfte, aber nur speciell zur Erhaltung des Gleichgewichts bei jeder Haltung und Bewegung des Körpers. Die Asthenie, welche sich am längsten erhält, ist die Folge der Ermüdung durch erhöhte Aufmerksamkeit und Anstrengung, d. h. durch mehr active Intervention des Grosshirns bei fast jeder Thätigkeit.

Den cerebellaren Symptomencomplex bei Erkrankung des menschlichen Kleinhirns führt Thomas ausschliesslich auf Gleichgewichtsstörungen zurückt die Verbreiterung der Basis beim Stehen, das Schwanken beim Gehen und Stehen, das brüske Erheben der Beine, die Steigerung der Sehnenreflexe, die rasche Ermüdung, das starke Zittern bei intendirten Bewegungen. Die Störung der Sprache soll die Folge einer schlechten Fixation des Kopfes beim Sprechen sein. "Die scandinirende Sprache ist das Resultat reflectionischer oder willkürlicher Muskelcontractionen, welche den Mangel der "Fixation bekämpfen und sich über alle Muskeln des Kopfes ausdehnen."

Dies erscheint sehon sehr fraglich. Noch weniger aber wird man dem Verfasser folgen können, wenn er sich zu der Hypothese versteigt, die bei Kleinhirnaffection beobachtete geistige Schwäche sei die Folge davon, dass das Grosshirn zu viel mit der Erhaltung des Gleichgewichts in Auspruch genommen werde und sich deshalb weniger mit rein psychischen Dingen beschäftigen könne.

Die anatomisch-physiologische Theorie des Kleinhirns:

Die Rinde und die grauen centralen Kerne des Kleinhirns sind zwei gesonderte Organe, die jedoch unter sich in ausgiebiger Verbindung stehen. Die Rinde erhält durch verschiedene Fasersysteme Erregungen oder Eindrücke, vorzüglich von der gekreuzten Grosshiruhemisphäre und Rückenmarkshälfte. Es verlaufen jedoch nicht alle Fasern gekreuzt. Die aus der Klein. hirnrinde stammenden Faserbundel gehen zum weitaus grössten Theil zu den centralen Kernen des Kleinbirns, nur wenige verlassen dieses direct und ziehen zu den Kernen der Seitenstränge. Die massenhaften, aus den centralen Kernen austretenden Fasern verlaufen in den Kleinhirnschenkeln theils zu den Stammgauglien, theils zur Oblongata, theils zur gleichseitigen Rückenmarkshälfte. Ein Nucleus dentatus wirkt vorwiegend auf die gleich namige Körperseite. Unter dem Einfluss einer peripheren (fibræ afferentes des Rückenmarks) oder corticalen (mittlerer Kleinhirnschenkel) Erregung tritt die Rinde des Kleinhirns ins Spiel und wirkt durch seine Projectionsfasern auf den Nucleus dentatus; dies geschieht bei der willkurlichen wie bei der reflectorischen Bewegung. Kommt die Erregung nur einseitig, so tritt der Nucleus dentatus nur in einer Hemisphäre in Thätigkeit. anatomische Verbindung mit den Deiters'schen und Bechterew'schen Kernen, die zu den Kernen des Abducens und Oculomotorius in Beziehung steben, macht das Auftreten der Déviation conjuguée, des Strabismus und Nystagmus bei Kleinhirnverletzung verständlich, ebenso die Verdrehung des Halses und die Rotationsbewegungen, welche nicht als Reiz-, sondern als Ausfallserscheinungen zu betrachten sind. (Das Genauere über die anatomischen Bahnen, die hierbei in Frage kommen, muss im Original nachgelesen werden.) Die Erhaltung des Gleichgewichts bei Bewegungen geschieht hauptsächlich durch Steigerung des Conus antagonistischer Muskelgruppen. Die Regulirung des Muskeltonus ist die Aufgabe des Kleinhirns. Beispiel: Der Hund erhebt willkurlich eine Vorderpfote. Die Erregung der Grosshirnrinde erzeugt nicht nur die zur Erhebung der Pfote nöthigen Muskelcontractionen, sondern ruft (Bahn: cortex cerebri - pedunculus cerebri -- Kerne des Pons -- pedunculus cerebelli medius -- cortex cerebelli - nucleus dentatus et tecti - cerebello-vestibulares Fasersystem und fasciculus cerebelli descendens) eine Aenderung im Tonus gewisser Muskelgruppen hervor, wie es zur Erhaltung des Gleichgewichts beim Voll. zug der Bewegung erforderlich ist, also Steigerung des Muskeltonus der Adductoren und der am vorderen Theil der gleichnamigen Rumpfhälfte wirksamen Muskeln. Von dieser regulirenden Thätigkeit des Kleinhirns wird das Grosshirn (Bahn: pedunculus cerebelli superior - thalamus opticus - cortex) unterrichtet. Wenn durch periphere Reizung (z. B. reflectorische Bewegung eines Gliedes) die Gleichgewichtsbedingungen sich ändern, so wird die Rinde des Kleinhirns, speciell des Wurms durch die medullo-cerebellaren

Digitize GOOGLE

Fssern davon benachrichtigt und es entstehen analoge Aenderungen im Tonus gewisser Muskelgruppen mit dem Endeffect der Erhaltung des Gleichgewichts. Mag der Reiz vom Grosshirn oder von der Peripherie herkommen, die Wege, auf denen das Kleinbirn seine reactive Thätigkeit entfaltet, sind stets die gleichen.

Die cerebellare Ataxie ist nach Thomas principiell verschieden von der Ataxie des Tabikers. Im Unterschied von diesem erhält das Grosshirn des cerebellar Geschädigten alle von der Peripherie kommenden sensiblen Frregungen. Beim Tabiker ist die Function des Kleinhirns theilweise geschädigt, weil die von der Peripherie kommenden Eindrücke in Folge Erkrankung der hinteren Wurzeln ihm gar nicht oder nur mangelhaft zugeführt werden; aus dem gleichen Grund ist auch die Function des Grosshirns erheblich geschädigt. Bei Erkrankung des Kleinbirns bleibt das Grosshirn in normalem Rapport mit der Peripherie und kann daher das Kleinhirn grossentheils ersetzen: Der Tabiker, dem bei Augenschluss in Folge Schädigung der sensiblen Bahnen die Orientirung im Raume verloren geht, zeigt das Romber g'sche Phänomen, das beim cerebellar Erkrankten, der intacte allgemeine Sensibilität hat und der Correction durch Gesichtseindrücke nicht bedarf, fehlt.

Thomas titt weiterhin an den Theorien von Luciani, Gowers, Brissaud, Bechterew, Nothnagel Kritik, um sich schliesslich als Anhänger der alten Flourens'schen Lehre zu bekennen, über die sich Luciani mit Unrecht abfällig ausgesprochen habe. In Wirklichkeit ergänzen sich die Theorien von Flourens und Luciani. "Bei jeder "Haltung, bei jeder Bewegung muss der Muskeltonus in den verschiedenen "Muskelgruppen und in den beiden Körperhälften ungleichmässig vertheilt "sein; für jede Haltung und Bewegung muss ein Zustand besonderer Tonigeität, eine specielle Muskelcoordination bestehen, und in diesem Sinn kann "das Kleinhirn als ein Organ der Muskelcoordination angesehen werden."

Ein kurzer Ueberblick über die vergleichende Anatomie und die Entwicklungsgeschichte des Kleinhirns dient dem Verfasser zur Bestätigung seiner Lehre und er schliesst sein reichhaltiges Buch mit dem Satze: "Das "Kleinhirn muss also als ein Organ betrachtet werden, das sich wie die "sensiblen Bahnen, mit denen es ja beim Erwachsenen in vielfacher Faser"verbindung steht, entwickelt: Es registrirt Erregungen aus der Peripherie
"und Eindrücke, die vom Gehirn kommen und reagirt auf beide; es ist nicht
"der Sitz eines besonderen Sinnes, aber einer besonderen Reaction, die durch
"verschiedene Reize ausgelöst wird. Diese Reaction bezweckt die Erhaltung
"des Gleichgewichts bei den reflectorisch, automatisch und willkürlich er
"folgenden Haltungen und Bewegungen des Körpers; es ist ein Reflex"centrum der Equilibrirung."

LXXXI) Séglas: Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. (Salpêtrière 1887—1894. Recueillies et publiées par le Dr. Henry Meige,)

In 28 Lectionen, über 800 Seiten, stellt das Buch wesentlich eine Diagnostik eines Theils der Geisteskrankheiten dar. Die Krankheitsbilder der Zwangsvorstellungen, Verwirrtheit (Confusion mentale primitive), Menancholie, maladie de Cotard (etwa = depress. Wahnsian Krapelia's)

Paranoia acuta und verschiedener Formen der Paranoia chronica werden ein zeln geschildert, ihre Symptome — somatische wie psychische — erschöpfend aufgezählt, Aetiologie, Beginn, Verlauf und Prognose besprochen, psychophysiologische Erörterungen eingestrent. Gewisse besondere Symptome resp. Wahnformen werden in besonderen Kapiteln betrachtet, in den verschiedenen Krankheiten verfolgt und in ihrem Zusammenhang mit anderen Symptomen einzelner Krankheiten differentialdiagnostisch dargelegt: Délire d'auto-acusation, délire des négations, délire des persécution, hallucinations, confusion mentale; sie werden in ihre Elemente zerlegt und ihre Folgen für die Einheit der Persönlichkeit ins rechte Licht gestellt. Zahlreiche Beispiele und Krankengeschichten, in die Darstellung verflochten, erhöhen die Klarheit derselben.

Die zwei ersten Kapitel behandeln die Hallucination, deren Eintheilung nach versehiedenen Gesichtspunkten erwähnt und in der Richtung in elementare, allgemeine und verbale einerseits und in sensorielle und motorische andererseits verfolgt wird. Besonders extensive Darstellung wird den motorischen zu Theil, die schon sehr vielfach den Gegenstand Seglas'scher Arbeiten bildeten. In der Dissertation von Marson (April 1897): "Contribution á l'étude des hallucinations verbales psycho-motrices", lasen wir, dass das Nomen _ballucination motrice" zuerst von Maudsley gebraucht worden ist; danach habe im Jahre 1888 Séglas gezeigt, dass es ausser Gesichts- und Gehörs-Verbalhallucinationen auch motorische Verbal-Hallucinationen gebe. Ob Séglas einmal Cramer erwähnt, wissen wir nicht; in dieser Arbeit geschieht es nicht, obwohl deutsche Namen fast auf allen Seiten zu treffen sind. Aehnliche hervorragende Beachtung wird den Störungen des Gemeingefühls (Conesthésie) zu Theil, z. B. bei Verwirrtheit, Melancholie, Paranoia chronica, obsessions. Letztere, .mit ganz besonders vielen und schönen Beispielen belegt, beruhen nach Verfasser auf pathologischer Emotivität und sind, entgegen der Meinung vieler Autoren, nicht selten von Hallucinationen begleitet. In einem der geschilderten Fälle lag Verwechslung mit Melancholie nahe. Nach S.'s Erfahrungen kann aus ihnen folie system. des persécutions oder hypochondrisches Délire hervorgeben. Die beiden Glanzkapitel des Buches bilden die Darstellungen der Confusion mentale primitive (ungefähr die "Erschöpfungszustände", Kräpelin's V. Auflage umfassend) und der Maladie de Cotard. Im historischen Abriss zu ersterer wird das Verdienst der deutschen Psychiater gewürdigt; diese hätten, was französische Autoren wie Esquirol, Georget, Delasiauve gefunden, weiter verfolgt und ausgebeutet und sich so auf dem richtigen Geleise gehalten, während die Franzosen nach falscher Richtung abgezweigt und alle hinter Morel mit seiner Degenerescenzlehre hergesturzt wären. Erst Chaslin habe 1892 wieder auf den richtigen Weg gedeutet. Es ist hier der Ort, auf Verfassers Stellung zur Degeneres. cenzlehre einzugehen. Sie ist recht reservirt. Er will sie in der allgemeinen Pathologie gelten lassen, doch ihre Anwendung auf die Klinik beschränkt wissen . . . "Avec cette conception, en effet, on arrive à faire rentrer dans la folie dégénérative une foule de formes morbides disparates qu'on ne se donne même plus la peine de classer"; das Wort dégénéré werde ein einfaches Synonym für aliene. Ebenso, S. 411, wo er einen, nicht ganz

schulmässigen Fall von Paranoia acuta erzählt, verwahrt er sich davor, dass die Abweichungen als Ausdruck der Degeneration betrachtet werden; er sagt: "Je ne saurais trop, pour ma part, m'éléver contre cette manière de Immerhin wird des Verfassers psychologische Betrachtungsweise etwas schematisch, wie es in dem Kapitel über die Maladie de Cotard hervortritt, da die psychologischen Begriffe zu einseitig genommen sind und nicht tiefer auf ihre Elemente zurückgegangen wird. Man vergleiche damit Link "Ueber den Verneinungswahn" (Freiburg 1895) - obwohl dies nur eine Doctor-Arbeit ist: S.'s Ansichten über die Melancholie sind bekannt; die körperlichen Erscheinungen, die ihr vorausgehen und sie begleiten, erfahren eine hohe Bewerthung. Audererseits sind ihm die Idées d'autoaccusations night für Melancholie characteristisch. Mehrere Kapitel illustrirea ihr Vorkommen auch bei anderen Psychosen, insbesondere bei Paranoia chronica: "Les persécutés auto-accusateurs" - "victimes coupables" Ballet's. Diese werden psychologisch genommen, in mehrere Gruppen eingetheilt, je nachdem Verfolgungs- oler Selbstbeschuldigungsideen neben einander hergehen, alterniren oder aus einander hervorgehen. Im Gegensatz zu S.'s Auffassung sei die von Joffroy inspirirte Arbeit Batailler's, "les persécutes auto-accusateurs" (Mai 1897) citirt, wo die persécutés autoaccusateurs einfach aliénés héréditaires sind und nach dem Grade der Disposition eingetheilt werden. - Sowohl bei der Paranoia acuta wie bei der Paranoia chronica wird hervorgehoben, wie der Wahn im Anfang nur Ausfluss, "exagération", angeborener anormaler Neigung des Individuums ist. An der Richtigkeit des Wahns wird nicht gezweifelt - denn es sind der Person congruente Dinge, und auch gebildete intelligente Personen bilden solche Wahnideen -, sondern es rührt die Rathlosigkeit, Verschlossenheit des Paranoikers stets vom Zweifel an der Richtigkeit seiner Beobachtungen, von der Unkenntniss des Zweckes und Zieles her, auf die seine Verfolger hinauswollen. Seine Unruhe ist eine intellectuelle, etwa wie bei einem Erfinder; die Hallucinationen sind objectivirter Wahn. Verfasser macht die Bemerknng, dass die Reihenfolge, in der die Hallucinationen auftreten: Hallnc élément. — communes — verbales auditives — verbales motrices, der Reihenfolge entspricht, in der Formation und Entwicklung der Sprache beim Kinde eintreten. Seinen Intentionen entsprechend, geht Verfasser zumal den motorischen Hallucinationen nach und beweist, wie viel mehr durch sie als durch sensorielle Hallucinationen das Dédoublement, die Spaltung der Persönlichkeit hervorgerusen wird, indem sie zur Entstehung der besonderen Wahnform der Possession (Besessenheit) Veranlassung giebt. Die Megalomanie entsteht nicht, wie Foville meint, durch logische Deduction, sonders ist ebenfalls Exagération angeboreuer Characteranomalie. Vom Délire polymorphe der Morel-Magnan'schen Schule sagt Verfasser nichts, er will den Ausdruck délire des persécutions ebenfalls nicht als Bezeichnung einer besonderen Krankheit, sondern statt dessen folie systématique oder paragois primitive; das Wort délire bezeichne nur ein Ensemble von Wahnideen. Wir erwähnen noch das Kapitel über die Idées de défenses, d. h. Wahnidees, in Folge deren der Kranke sich von Mächten oder Personen beschützt glaubt gegen die, die ihn verfolgen. Im Gegensatz zu den Handlungen, die der Kranke zu seinem Schutz vor den Verfolgern vornimmt, heissen sie passive

idées de défenses. Unter den senilen Psychosen wird auf eine tardive Form der folie systématique de persécution aufmerksam gemacht, die bisher noch wenig erwähnt sei. Es folgen zum Schluss noch 2 Kapitel über die Krankenuntersuchung, die Beschreibung eines Falles von alternirendem Dédoublement bei Hysterie, einiges über functionelle Dysphasie und einige Fälle von Astasie-Abasie émotive, die sich der Gruppe der Zwangsvorstellungen nähert und nach Séglas verschieden ist von der von Charcot beschriebenen, aber von derselben Art wie die von Binswanger in der Berliner klinischen Wochenschrift vom 19. und 26. Mai 1890 veröffentlichten Fälle.

Wenn wir den Inhalt dieses klar geschriebenen und in Folge der Form leicht verständlichen Buches nochmals überschauen, so möchten wir in Anbetracht der zahlreichen psychologischen Erörterungen des Verfassers, sowie des Umstandes, dass es nicht alle, sondern nur eine Auswahl von Psychosen behandelt, es zwar dem Lernenden, aber nicht dem Anfänger empfehlen, zumal ein allgemeiner Theil sehlt und S. es selbst als Ergänzung zu seinen Vorlesungen ansieht. Die Abhandlungen über Zwangsvorstellungen, Confusion mentale primitive und Melancholie könnten, trotz unserer guten deutschen Lehrbücher, dem practischen Arzt von Nutzen sein, insbesondere so lange solche Fälle und bei der Frage, unter welchen Umständen sie zu Hause behandelt werden könnten, während im Uebrigen das Detail des Buches nur den Fachmann interessirt. Wir würden das Buch, wenigstens obengenannte 31Kapitel, zur Uebersetzung empfehlen, wenn wir nicht glaubten, dass frauzösische Bücher auch unübersetzt ihre Verbreitung bei uns finden. Sommer's Lehrbuch ist nach ähnlicher Methode geschrieben und erstreckt sich über alle Formen, Séglas geht noch mehr ihs Detail und bringt neben der Klinik psychologische Excursionen.

Wolff (Munsterlingen).

LXXXII) Heinrich Stadelmann: Der Psychotherapeut, Für Aerzte geschrieben und mit biologisch - psychologischen Vorbemerkungen versehen.
(Würzburg, Stahel, 1896.)

Wenn sich unsere Referatspflicht lediglich auf Bücher beschränken würde, deren Lecture empfehlenswerth ist, so könnte vorliegende Schrift bier unerwähnt bleiben. Schon der Titel derselben giebt zu Einwänden Der angebliche "Psychotherapeut" entpuppt sich bei näherer Untersuchung als ausschliesslicher Hypnotherapeut, d. h. er beschäftigt sich lediglich mit Hypnotherapie, nicht, wie man aunehmen sollte, mit den verschiedenen Formen psychischer Behundlung. Während nun der Autor bei der ungerechtfertigten Betitelung seiner Arbeit lediglich dem Beispiele anderer Suggestionsspecialisten gefolgt ist, steht er mit der Prätension, die er bezüglich der practischen Verwerthbarkeit derselben erhebt, ganz vereinzelt da. "Dem Arzte", bemerkt er in der Vorrede, "der keine Gelegenheit hatte, sich über psychische Phänomene im Besonderen sowohl, als im Allgemeinen zu orientiren, dem soll bei psychischer Beeinflussung seiner Kranken zu Heilzwecken vorliegende Schrift ein Handbuch sein". Da der Autor doch nicht ganz im Unklaren darüber sein kann, dass es noch andere Arten "psychischer Beeinflussung von Kranken zu Heilzwecken" als die hypnotisch-suggestive giebt, von welcher seine Schrift ausschliesslich handelt, so wird der erwähnte Auspruch fast nur durch die Absicht erklärlich, bei dem Leser eine Täuschung über den Inhalt der Schrift hervorzurufen, die schon der Titel derselben nahe legt.

Die Arbeit zerfällt in einen theoretischen und einen practischen Theil. Ersterer setzt sich aus 3 Abschnitten: "bio-psychologische Vorbemerkungen, "psychische Heilung" und "über Vorstellungen" zusammen, von welchen der erste insbesondere ein Gebräu aus unverdauten philosophischen, chologischen und biologischen Phrasen darstellt, welches seinesgleichen in der neuen medicipischen Litteratur nicht besitzt. Auf Einzelheiten hier einzugehen, müssen wir uns versagen. In welchem Fahrwasser sich der Autor bewegt, mag aus folgenden, dem Schlusswort entnommenen Bemerkungen erhellen: "Am Schlusse der biologisch-psychologischen Vorbemerkungen sagte ich, dass Entstehung und Heilung von Krankheiten auf eine im Bewusstsein erzengte Vorstellung zurückzuführen ist. Die angeführten Krankengeschichten haben diese Behauptung illustrirt. Was in Bezug auf Erkrankung und Heilung nicht direct beim Individuum durch Vorstellung erzengt oder verschwunden ist, ist im Gange der Entwicklung angezüchtet und geht triebartig vor sich, stets noch abhängig von einer ursprünglichen primaren Vorstellung Die Vorstellung eines Dinges oder eines Verlaufes ist es, welche den Willen in seiner Thätigkeit erhält. Wie ein zugeleitetes Funkchen durch Entzundung einer kleinen Menge Gases eine kleine Explosion hervorruft und den Kolben eines Gasmotors bewegt, um die ganze Maschine in Thätigkeit zu erhalten, so bedingt die stetig einwirkenle Vorstellung als Anstoss an den Willen die Lebensäusserung oder das Leben selbst."

Der practische Theil setzt sich in der Hauptsache aus Krankengeschichten hypnotisch behandelter Fälle zusammen, an welche der Verfasser mehr oder minder ausführliche Bemerkungen über die Art der geübten hypnotischen Behandlung knüpft. Bei dem Lesen dieser Krankengeschichten muss der auf dem Gebiete der Hypnotherapie Unorientirte den Eindruck gewinnen, dass die hypnotische Suggestion eine Art Allheilmittel bildet, das bei keiner Krankheit ohne Nutzen angewendet wird. Wenigstens ist es des Verfassers Bestreben, einen derartigen Eindruck hervorzurusen. Is der That hat auch der Verfasser die Hypnose bei den diversesten Krankheltszuständen, bei Influenza, Pleuritis, Nephritis, Lymphadenitis, Carcinom, Hautkrankheiten, Plattfuss nicht minder als bei Migräne, Neuralgien, Rheumatismus, Hysterie etc. angewendet.

Wir wollen von dieser gewiss zum Theil unnöthigen Ausdehnung der hypnotischen Praxis absehen. Was soll jedoch der medicinisch gebildete Leser davon halten, wenn der Autor glaubt, durch hypnotische Behandlung den Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus abzukürzen und Recidiven desselben verhindern zu können, wenn er die Frage aufwirft, ob die Lähmungen nach Diphtherie nicht rein psychischer Natur sind, wenn er durch hypnotische Suggestion das Wachsthum eines Mammacarcinoms aufgehalten haben will und wenn er, last not least in Anlehnung an Freud Epileptische durch eine Art psychischer Purgation zu euriren unternimmt. "Soll der Epileptiker geheilt werden", bemerkt er, "so muss sein Seelenzustand analysirt und müssen die unbranchbaren Elemente herausgenommen werden aus

dem Bewusstsein des Krauken . . . Was ist eine medicamentöse Behandlung im Vergleich zu einer solchen zielbewussten Heilung der Epilepsie?"

Selbstverständlich handelt es sich bei den von dem Verfasser mitgetheilten Heilungen augeblicher Epilepsie nur um Fälle von Hysterie, bei welchen St. nicht einmal den Versuch einer Differentialdiagnose machte.

Wenn der Autor hoffte, durch seine Schrift der Hypnotherapie neue Freunde zu erwerben, so fürchten wir, dass er durch dieselbe wenigstens in den Kreisen der nüchtern denkenden Aerzte eher das Gegentheil erzielt hat. Freude können an seiner Publication nur die Gegner der Hypnotherapie haben, die in derselben ein reiches Material zur Discreditirung dieser therapeutischen Methode finden werden.

L. Löwenfeld.

LXXXIII) E. Beyer: Nervenleiden zu heilen durch psychische Behandlung und Hypnotismus.

(Rheinbach b. Bonn. Litter. Bureau, 1897)

Der Verfasser, ein Laie, versucht in obigem Schriftchen auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen während eines Nervenleidens eine vergleichende Darstellung der Wirkungen der gewöhnlichen psychischen Behandlung (psychischen Allgemeinbehandlung) und der hypnotischen, welch letztere nach seiner Meinung der ersteren entschieden überlegen ist.

L. Löwenfeld.

LXXXIV)) Auguste Voisin: Emploi de la suggestion hypnotique dans certaines formes d'aliénation mentale. — Communication faite au congrès international de psychologie, Munich 1896.

(Paris. J. B. Baillière et fils, 1897.)

Mittheilung einer grösseren Anzahl von Fällen, in welchen hysterische Geistesstörung, Zwangsvorstellungen, Phobien, moralische Perversitäten, Dipsomanie und Morphinismus hypnotisch mit günstigem Erfolg behandelt wurden. Besonders auffällig sind die bei Dipsomanie erzielten Resultate. So wurde ein 35jähriger Mann, bei welchem seit 10 Jahren jeden Monat 2 dipsomanische Anfälle von der Dauer von 10 Tagen sich einstellten, in 2 Tagen von dem Uebel befreit und noch nach zwei Jahren zeigte sich keine Neigung zu Recidiven.

L. Löwenfeld.

LXXXV) Anton Delbrück: Gerichtliche Psychopathologie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende, Aerzte und Juristen.

(Leipzig 1597, Joh. Ambrosius Barth. 221 Seiten.)

Dieses Buch entspricht einem wirklichen Bedürfniss. Frisch und frei macht sich der Autor endlich von den beklemmenden und beengenden Vorurtheilen der alten Dogmen und des metaphysischen Dualismus los und behandelt den Stoff nach den Erfordernissen des heutigen Standes der wissenschaftlichen Erkenntniss. Mit Recht scheut er sich nicht, auf sogen. juristische Fragen einzugehen, da wo es nöthig ist, und bricht somit mit dem traditionellen Veto, das man sich darin bisher aufzuerlegen für nöthig fand, indem er die Nothwendigkeit des Zusammenarbeitens von Juristen und Irrenärzten zum gemeinsamen Verständniss und Fortschritt betont.

Das Buch ist klar, knapp, übersichtlich und vorzüglich geschrieben, wie das frühere Werk des Autors über die pathologische Lüge.

Im allg. Theil (S. 1-75) werden die Grundbegriffe der gerichtlichen Psychopathologie, die wichtigsten rechtlichen Fragen, die zur psychiatrischen Begutachtung führen, sowie alle Formen der Beziehungen der Geistesstörungen zum Straf- und Civilrecht besprochen. Dann kommt ein Kapitel über die psychiatrische Beurtheilung der Exploranden im Allgemeinen und ein solches über die besonderen Aufgaben des Sachverständigen im Processverfahren (Gntachten).

Diesen allgemeinen Theil müssen wir besonders hervorheben, da er zum ersten Mal statt der üblichen Unklarheiten und Sophismen den Weg einer offenen Verständigung zwischen den Erfordernissen der heutigen wissenschaft'ichen Psychiatrie und denjenigen des Rechts und des socialen Schutzes in einem Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie bahnt.

Der Autor hat es aber auch verstanden, Einseitigkeiten und Uebertreibungen, sowie die sterilen Wortstreite der Polemik zwischen Lombrosianern und Antilombrosianern zu vermeiden, wozu wir ihm von Herzen gratuliren.

Im zweiten, besonderen Theil werden die diversen Formen der Geistesstörungen nach ihrer straf- und civilrechtlichen Bedeutung besprochen und kurz beschrieben. Hier wiederum beanspruchen die Kapitel 3 (Vergiftungen), 4 (sogen. Neurosen) und 5 (Constitutionsstörungen) besondere Beachtung wegen der nenen Art der Behandlung des Stoffes, sowie der Vermeidung vieler alter hergebrachter Irrthümer.

Ein Anhang enthält wichtige Aufschlüsse über die Irrengesetzgebung

(Verwaltungsmassregelu zum Schutz der Geisteskranken).

Ein vollständiges Register und vorzügliche erklärende Kapitelköpfe erhöhen noch die Uebersichtlichkeit dieses ungemein anregenden und practischen Lehrbuches, das hiermit den Studirenden, wie den Aerzten und Juristen warm empfohlen wird.

Litteraturangaben sind mit Absicht vermieden und verweist D. diesbezuglich auf v. Liszt und Kurella. Auch Beispiele von Gutachten sind nicht angeführt, um den Umfang nicht zu vermehren und wird auf Kölle's Gutachtensammlung (Enke) verwiesen.

Forel (Zürich).

LXXXVI) A. Cramer: Gerichtliche Psychiatrie. Ein Leitfaden für Mediciner und Juristen.

(Jean. Gustav Fischer. 1897. 187 Seiten. 4 Mark.)

Der vorliegende Leitfaden beabsichtigt, den Neuling in die gerichtliche Psychiatrie einzuführen, ohne die ausführlicheren Lehrbücher überflüssig machen zu wollen. Dieser Zweck wird dank der gedrängten, klaren Darstellung und der übersichtlichen Anordnung des Stoffes vollkommen erreicht werden.

Das Buch zerfällt in zwei Theile, einen allgemeinen und einen specielles, von denen jeder in 10 Capitel getheilt ist. Nach einer kurzen psychophysiologischen Einleitung wird die allgemeine Actiologie der Geisteskrank-

Digitized by GOOSIC

heiten und die Lehre von der Entartung behandelt. Daran schliesst sich die allgemeine Symptomatologie und die Beschreibung der somatischen Begleiterscheinungen der Geisteskrankheiten. Es folgt die Erörterung des materiellen Rechtes, zunächst des Strafrechtes, nebst Anweisungen über Form, Anordnung und Zweck der Gutachten in Strafsachen. Die folgenden Capitel behandeln die psychiatrische Sachverständigenthätigkeit bei der Entmündigung, die Pflegschaft über Geistesschwache und Gebrechliche, die zweifelhafte Geschäftsfähigkeit und Testirfähigkeit und endlich die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Neben dem jetzt in Deutschland geltenden Recht ist stets das neue Bürgerliche Gesetzbuch berücksichtigt.

Ueberall werden Beispiele für die verschiedenen Arten von Gutachten gegeben. Das auf Seite 66 bis 68 mitgetheilte Entmündigungsgutachten scheint uns jedoch reichlich weitlänfig zu sein. In einem so klaren Fall ist es doch wohl nicht nothwendig, das ganze bei einem Vorbesuche mit dem Kranken geführte Gespräch wörtlich wiederzugeben. Auch ist das Seite 69 mitgetheilte Attest zur Einleitung einer Pflegschaft: "Der . . . M. leidet an Altersblödsinn und kann derselbe seine Angelegenheiten nicht selbst besorgen" in stilistischer Beziehung wohl nicht musterhaft.

Der specielle Theil ist hauptsächlich bestimmt, casuistische Beispiele zu bringen und führt der Reihe nach die wichtigsten Formen der Seelenstörung auf, um darau Betrachtungen über die bei den einzelnen Krankheiten vorkommenden gerichtlichen Begutachtungen zu knüpfen. Ohne auf eine complicirtere Classification einzugehen, werden beschrieben: Die Stimmungsanomalien oder Gemüthserkrankungen (Melancholie, Manie, periodische Formen, Folie eirculaire), die acuten und die chronischen Formen der Paranoia-Gruppe, die sogenannten complicirten Seelenstörungen (epileptische, hysterische, traumatische und degenerative), die progressive Paralyse, senile Seelenstörung, Intoxicationspsychosen, der Schwachsinn und schliesslich der perverse Sexualtrieb, in dessen Beurtheilung Cramer erfreulicher Weise einen sehr vorsichtigen Standpunkt einnimmt.

Ein Register vermehrt die Brauchbarkeit des sehr empfehlenswerthen Buches. Otto Snell (Hildesheim).

LXXXVII) Friederike Oberdieck: Beitrag zur Kenntniss des Alcoholismus und seiner rationellen Behandlung.

(Sep.-Abdr. aus: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, H. 2, Berlin 1897.)

Die Abhandlung, die sich mit den von 1879--1894 in der Irrenanstalt Burghölzli und der Trinkerheilstätte Ellikon beobachteten Fällen von Alcoholismus beschäftigt giebt an der Hand dieses Materials einen Ueberblick über die wichtigsten Wirkungen des Alcohols auf das Centralnervensystem. Einen besonders breiten Raum nimmt ein die Rubrik "Alcoholismus und Epilepsie". Hier wird entsprechend den Forel'schen Anschauungen der ungünstige Einfluss des Trunkes auf Zahl und Heftigkeit der Anfälle betont und an einigen Beispielen illustrirt. — Bezüglich der Heilresultate wird geschieden zwischen den allein rationell behandelten, d. h. zu totaler Abstinenz verpflichteten und erzogenen Trinkern und denen, die früher (vor 1886) auf andere Weise behandelt wurden. Die angeführten Zahlen sprechen sehr zu Gunsten der heute wohl allgemein als unerlässlich

Digitized by GOOGLE

anerkannten gänzlichen Enthaltsamkeit. Die Statistik aus der Heilstätte Ellikon lässt deutlich die aufsteigende Tendenz erkennen; es blieben von den seit 1889 behaudelten Männern 26,30 0, aus dem Jahre 1890 33,3 0 0, aus 1891 35,10, aus 1892 55,30, aus 1893 49,10 und aus 1894 52,900 dauernd abstinent. Als ausschlaggebend für die Prognose wird dabei ein möglichet langer Aufenthalt in der Anstalt gefordert; je nach der Schwere des Falles 3 - 12 Monate, in der Regel nicht unter 6 Monaten. Als unumgäng. lich für gute Resultate verlangt O. ferner, dass die Trinker nicht in Irreuaustalten, sondern in besonderen Asylen untergebracht werden. Bekampst wird endlich die Anschauung, in jedem ausgesprochenen Trinker den hoffnungslos verkommenen Lump und nicht den heilbaren Kranken zu sehen und ihm dementsprechend nur die Wahl zwischen Arbeitshaus und Untergang zu lassen. Ohne Zweifel ist dieses Urtheil für manchen verzweifelten Fall zutreffend, in vielen anderen aber ist der verschlagene gewissenlose Gesell, dessen Bild uns der Trinker bietet, vielmehr ein Product der demoralisirenden Wirkung des Alcohols als der ererbten Minderwerthigkeit. In diesen Fällen ist es darum eine dankbare und ökonomisch bedeutungsvolle Aufgabe, des Trinkers Hirn zu entalcoholisiren und ihn der Gesellschaft als brauchbares Glied zurückzugeben.

Willführ (Dresden).

LXXXVIII) Gilbert Ballet: Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses.

(Paris, Octave Doin. 1897.)

Zu einem stattlichen, reich illustrirten Bande von 451 Seiten hat der rühmlichst bekannte Verfasser eine Reihe von Vorträgen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neuropathologie vereinigt, die er im Laufe der letzten Jahre im Hospital Saiut Antoine vor seinen studentischen Zuhörern gehalten. Nach Art ähnlicher Publicationen von Charcot, P. Marie, Raymond und Anderen greift er aus seinem reichen Krankenmaterial einige besonders interessante Fälle heraus, analysirt sie und knüpft hieran allgemeine Bemerkungen, sowie solche speciellen Inhaltes. Die Darstellung zeichnet sieh durch Klarheit und Exactheit aus, die Schreibweise ist fliessend, das ganze Werk liest sich gut und bietet eine angenehme Lectüre. Zum grössten Theile sind die einzelnen Kapitel bereits anderwärts veröffentlicht, haben indessen vielfach unter Berticksichtigung der neuesten Erfahrungen oder Ansichten eine Bereicherung erfahren.

Verfasser leitet seine Vorlesungen mit einer Darstellung der augenblicklichen Methoden und Aussichten der klinisch-psychiatrischen Forschung ein. Die folgenden 10 Vorlesungen widmet er einzelnen Kapiteln der reisen Psychiatrie: "Le délire de persécution à évolution systématique"; "Les persécutés auto-accusateurs"; "Un exhibitioniste persécuté, les persécutés auto-accusateurs"; "Les persécuteurs familiaux"; "Les psychoses puerpérales"; "L'hypochondrie (die er nur für einen Symptomencomplex ansieht und in "petite hypochondrie, phobies hypochondriaques, grande hypochondrie, hypochondrie délirante" eintheilt); "Sur nu cas d'hypermnésie avec exagération pathologique de la faculté de représentation mentale" (höchst interessanter Fall); "La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie

générale"; "Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive". — In den weiteren 13 Kapiteln (Vorlesung 12—24) beschäftigt sich der Verfasser mit neurologischen Thematen: "Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individues affectés d'anesthésie hystérique généralisée"; "Sur un cas de névrite double des nerfs cubital et médian du coté droit"; "Sur un syndrome simulant la sclérose latérale amyotrophique chez un malade affecté de syphilis"; "La chorée congénitale"; "La surdité verbale urémique"; "La migraine ophthalmoplégique", "Les polynévrites"; "Les paralysies radiculaires sensitives du plexus brachial" und "Les myélites infectieuses expérimentales".

Einige Kapitel sind bereits vom Referenten und anderen Mitarbeitern in diesem Centralblatt früher besprochen worden; auf die wichtigeren der übrigen gedenkt Referent noch einmal zurückzukommen. Für heute sei das treffliche Werk allen Interessenten aufs beste empfohlen.

Buschan.

LXXXIX) Ch. Féré (Paris): Die Epilepsie. Deutsch von P. Ebers. (Leipzig, Engelmann, 1896)

Das vorliegende Buch ist die deutsche Uebersetzung des hervorragenden Werks, welches Férè 1890 französisch publicirt hat. Keine wichtige, die Sache betreffende Aenderung ist in dem allgemeinen Plane des Werks gemacht worden, welches einen wichtigen Beitrag zu einigen der besonderen Erscheinungen der Epilepsie liefert, wie der Apathie, dem Tremor, dem Nystagmus, der Asphyxie, den impulsiven Handlungen, der Hemicranie, und ferner wichtige Beiträge über Untersuchungen von Féré selbst über die Anhäufung des Broms in den verschiedenen Geweben.

Die allgemeine Eintheilung des Stoffes ist folgende: Nach der Definition der Krankheit und der Eintheilung der speciellen Formen bespricht F. einzeln die partiellen, die hemiplegischen, die sensoriellen Epilepsien; den vollständigen Anfall, die unvollständigen Formen, die anormalen Anfälle, die sensoriellen, visceralen und psychischen Formen, die Erscheinungen der postepileptischen Erschöpfung, die epileptischen Demenzen, die mit der Epilepsie verbundenen neuro- und psychopathischen Störungen, die Aetiologie, die Diagnose, die Prognose, die pathologische Anatomie, die Prophylaxe, schliesslich die forensischen Gesichtspunkte.

Unter den wichtigsten von Féré gefundenen Thatsachen werden erwähnt die Abnahme des Hämoglobins und die Verringerung seiner Reductionskraft nach den Anfällen; die Zunahme der rothen Blutkörpercheu und der Hämatoblasten; das Vorkommen der Apathie als besonderer Form der Krankheit, einer Apathie, welche man als einen höheren Grad der periodischen Depression betrachten kann, die den Character der Epileptischen auszeichnet; von der postparoxysmalen Depression unterscheidet sie sich so, dass diese plötzlich mit voller Intensität einsetzt und dann progressiv absinkt, während die Apathie erst steigt, dann eine Zeit lang stationär bleibt und dann in Depression übergeht.

F. erläutert ferner die Tremor-Anfälle, die jedoch als Theilerscheinungen eines gewöhnlichen Anfalls von Convulsionen auftreten können, als deren Episode sie dann zu betrachten sind. Sie können aber als einziges convulsives Symptom zur Entwicklung kommen, in Anfällen unter Bewusstseins-

verlust, wenn der Tremor kurze Zeit ohne Bewusstseinsverlust danert, wenn die Anfälle Stunden oder Tage dauern. Der Tremor kann allgemein oder localisirt sein. Wo er das einzige convulsive Symptom ist, ähnelt der Anfall zu Anfang dem gewöhnlichen, aber austatt in eine tonische, von clonischen Convulsionen abgelöste Phase zu gerathen, zeigt er ein schnelles Tremoliren der Extremitäten, des Rumpfes, des Kopfes. Manchmal tritt der Tremoranfall überraschend, ohne Aura und Hinfallen, ein. Schliesslich erscheint in manchen Fällen der Tremor erst zu Ende des tonischen oder des clonischen Stadiums eines typisch einsetzenden Anfalles.

Was den Nystagmus bei Epileptischen betrifft, so ist er meist lateral, kann auch vertical und rotatorisch sein; manchmal sind lateraler und rotatorischer Nystagmus combinirt. Schnelligkeit und Amplitude der Oscillationen sind sehr verschieden; bei hemiplegischen Epileptikern geschieht die Oscillation in der Regel von der der Hemiplegie entgegengesetzten Seite aus; bei vielen Epileptischen, die zwar nicht hemiplegisch sind, bei denen aber die Convulsionen auf der Seite der Aura überwiegen, geschieht die Oscillation von der anderen Seite aus. Wo der Nystagmus ausserhalb der Anfälle auftritt, will ihn F. aus der Paralyse eines Angenmuskels erklären, der der Contraction des Antagonisten nicht mehr hinreichenden Widerstand entgegensetze; er unterscheidet diesen ausserhalb der Anfälle auftretendes Nystagmus vom spasmodischen, der sich bei vielen Epileptischen während des Anfalls einstelle.

Bemerkenswerth ist auch der Beitrag, den F. zur Kenntniss der Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne beisteuert; er zeigt, wie letztere manchmal ein epileptisches Aequivalent ist, welches den état de mal migraineux repräsentire.

Die Untersuchungen F.'s auf therapeutischem Gebiete verdienen gleichfalls eine besondere Erwähnung. Nach seinen Beobachtungen ist die intestinale Antiseptik ein wichtiges Unterstützungsmittel der Wirkung der bromhaltigen Medicamente; wenn Brom in hohen Dosen angewendet wird, hindert oft der Bromismas die Fortsetzung der Kur und sowohl Arsenik wie hygienische Massnahmen sind dann oft machtlos gegen den Bromismus. Dann kann die intestinale Antiseptik mittels täglicher Dosen von 2 Gramm β Naphthol und 1 Gramm Wismuthsalicylat, in zwei Dosen verabreicht, die Hautstörungen beseitigen. Diese Mittel werden Monate lang ohne Nachtheile vertragen, wie Versuche an 20 Epileptischen zeigten; der unmittelbare Erfolg der Behandlung besteht gewöhnlich in einer Zunahme des Appetits und dem Verschwinden der Störungen des Verdauungsapparats, die bei mit hohen Bromdosen behandelten Patienten constant auftreten

Das Werk Féré's wird immer mit Nutzen von Neuropathologen consultirt werden können; sie werden darin über viele Fragen eine grosse Menge gut beohachteter Thatsachen finden; jedoch nicht für alle Fragen: so fehlt in dem Buche die Erörterung der Sensibilitätsstörungen in dem krampffreien Zeiten; die pathologische Anatomie ist sehr unvollständig behandelt; es fehlt eine Erwähnung der Studien von Claus und van der Stricht, von Roncoroni und der der italienischen Schule überhaupt Ebenso wenig findet sich eine Erwähnung der neueren Versuche Flechsig's, der Bromkur der Epilepsie Opium in steigender Dosis vorauszuschicken.

Die engen Beziehungen der Epilepsie zum Genie, zur Criminalität, zur Hysterie finden nicht die gebührende Berücksichtigung. Das Buch macht im Ganzen den Eindruck, aus einer minutiösen Analyse einzelner Phänomene, auf welche keine Synthese gefolgt ist, zusammengesetzt zu sein, so dass Leser, die nicht schon eine gründliche Kenntniss des Stoffes besitzen, aus dem Buche Féré's sich keine vollständige Kenntniss der Krankheit in ihrer Totalität werden verschaffen können.

Roncoroni (Turin).

XC) Paul Rodet: Morphinomanie et Morphinisme. (Paris 1897. F Alcan.)

Rodet's Buch ist nicht nur das neueste, es ist auch zweifellos das beste Buch über die Morphiumsucht, welches die französische Litteratur aufzuweisen hat. Mit vollem Rechte ist es von der Academie durch den Prix Falret ausgezeichnet worden.

Auf 276 Seiten wird der ganze Stoff abgehandelt, er wird in elf Kapiteln, durch Untergruppen übersichtlich gruppirt, in einfacher Sprache leicht verständlich vorgetragen. Die Anordnung und Folge der einzelnen Theile ist die gewöhnliche. Besonderes, was über das in unserer Litteratur Niedergelegte hinausgeht, habe ich in dem Buche nicht gefunden, aber auch nichts Wesentliches vermisst. Ueber Einzelheiten kann man verschiedener Meinung sein, darauf soll aber hier nicht eingegangen werden. Nur einen Punkt möchte ich hervorheben. Das Kapitel über die Therapie ist durchaus zu klein und unzureichend. Die wichtige und überaus schwierige Behand. lung der Schlaflosigkeit nach beendeter Entziehung zum Beispiel, über die allein man ein Buch schreiben könnte, wird auf 6 Zeilen abgethan, vor Chloralhydrat wird gewarnt, weil sich der Kranke daran gewöhnen kaun, und Sulfonal und Trional werden empfohlen. Das ist Alles, oder besser gesagt Nichts. Die in französischen Arbeiten über die Behandlung der Morphiumsucht so häufig zu Tage tretende Neigung, in der Anwendung einzelner Mittel das alleinige Heil zu suchen, tritt auch bei Rodet hervor und doch ist dies Verfahren grundfalsch. Gerade die Auwendung eines therapeutischen Systems, einer Methode, eines principiellen Ineinandergreifens und gegenseitigen Unterstützens verschiedener Heilagentien ist nach meiner Erfahrung der einzige Weg, der zum Ziel führt, aber weder mit Spartein noch mit Napellin allein wird der Morphiumkranke geheilt. Rodet wendet sich "contre l'adoption d'une methode qu'on emploie d'une façon systematique dans tous les cas" (p. 266). Gewiss ist es völlig werthlos, ob man eine solche Methode nach Schulze oder Müller tauft, aber die Methode deshalb verwerfen, weil sie getauft ist — es giebt keine Methode nach einem französischen Autor - darin steckt doch erst recht keine Methode.

Dem Text ist ein Index bibliographicus in alphabetischer Ordnung angefügt, der nach meiner Aufrechnung 646 Nummern wissenschaftlicher Arbeiten aufzählt; ihnen sind die Titel einiger Romane oder ähnlicher Werke angereiht. deren Inhalt sich mit der Mrophiumsucht beschäftigt, wie L'Evangeliste von Alphonse Daudet, La comtesse Morphine von Malot, Noris, mœurs du jour von Jules Clarcetie u. a.

Ausserordentlich auffallend im Vergleich zu anderen französischen Publicationen ist die detaillirte Kenntniss der nicht französischen Litteratur über die Morphiumsucht. Das muss rühmend hervorgehoben werden. Die oft geradezu ungeheuerlichen Druck- und Sinnfehler, die man bei der Citation deutscher Werke in der französischen Litteratur findet, fehlen bei Rodet gänzlich und das erste Kapitel über die Geschichte des Morphinismus beweist jeigenes Studium und nicht die übliche Wiederholung der Vorarbeiten im In- und Auslande.

Rodet's Monographie steht ganz auf der Höhe, beurtheilt die beschriebene Krankheit mit umfassendem Blicke und huldigt in der Therapie im Ganzen richtigen Grundsätzen.

Erlen meyer.

XCI) V. Brochard: L'erreur. (Ueber den Irrthum.) (Paris, F. Alcan. 1897. 284 Seiien.)

Sein oder Nichtsein? Um diese Frage handelt es sich bezüglich des Irrthnms. Nach Plato "sind" die Genera und "sind nicht", "sind dieselben" und "sind andere". Nach Verfasser giebt es aber zwischen Sein und Nichtsein noch etwas Reales: das Nichtsein (a. a. Stellen: das Mögliche), das nur eine andere — auf die Mehrheit der Genera sich gründende — Betracktungsweise des Seins darstellt.

Nach einer historischen Uebersicht, in der der Intellectualismus für falsch, die Erklärung des Irrthums bei Spinoza für einen Rückschritt gegen die bei Descartes erklärt wird, untersucht Verfasser: was ist Wahrheit? W. und I. existiren nicht in den Ideen, sondern nur, wenn wir generalisiren. Für die erstere ist es kein Criterium, dass Einer oder Viele ihrer sicher sind, sondern nur, dass es uns unmöglich ist, gewisse geistige Synthesen beim Denken zu modificiren. Nämlich wenn wir den Denkgesetzen folgen; denn man kann einen — moralisch verdammungswürdigen — Missbrauch mit dem Denken treiben.

Die Wahrheit ist wie der Irrthum von zweierlei Art: rationell und empirisch (ebenso die Logik: deductiv und inductiv); die eine lässt sich nicht auf die andere zurückführen.

Die Gewissheit, der Glaube an Etwas erfolgt nun immer aus Gründes. Nicht die dabei immer nothwendige Idee, nicht das — nur vorbereitend wirkende — Gefühl, sondern nur unser freier Wille bedingt Zustimmung, deshalb auch die Verantwortlichkeit für das, was wir als wahr annehmen. Bezüglich des Objectes unterscheidet man jedoch die wissenschaftliche Gewissheit von dem Glauben in moralischen, philosophischen und religiöses Dingen. Im Grund genommen beruht auf letzterer auch die erstere.

Der Irrthum ist also nicht ein blosser Mangel (privation), sondern etwas Positives; er ist gewissermaassen eine widerlegte Hypothese. Logisch schleicht sich der Irrthum ein, weil wir nicht bloss abstract denken können, sondern das von den Sensationen Gebotene und die Worte zu Hilfe nehmen mitsen. Es wird incorrect generalisirt; die Begriffe, in denen wir denken, (Bilder und Neigung, Aptitude, Form des Gedankens) werden in falsche Beziehnngen gesetzt und in Folge dessen wird falsch geurtheilt. Er wird also Irrthum begangen durch den Verstand. Psychologisch hängt er davon ab, dass

die an und für sich indifferente Intelligenz, von dem Verlangen angestachelt, nach Grunden sucht und sie findet.

Zu dem Einfluss des Gefühls muss also der freie Wille hinzukommen. Dieser kann das Denken nicht bloss in seiner Richtung bestimmen, sonders es sogar alteriren, selbst so paralysiren, dass der Hauptgrundsatz, der des Widerspruchs, unwirksam wird.

Hiernach kann Irrthum sehr wohl ein Verschulden begründen.

Wie nun das Denken von etwas Falschem, also nicht Seiendem und doch Positivem zu verstehen ist, erklärt Verfasser durch die Formel: Das "Sein" ist nicht, das "Nichtsein" ist, d. h. das einzige zusammenhängende Sein der Metaphyeiker" ist nicht; das nicht realisirte Mögliche ist: Nicht Ein "Sein", sondern eine Pluralität, nicht Eine Wahrheit, sondern Wahrheiten.

Gegen den Determinismus führt Verfasser an. dass die experimentelle Methode zwischen Gedachtem und Wirklichem keine Brücke zu schlagen vermag. Es bleibt ein andersartiges Princip: der Wille.

Nur im Verein mit dem Willen ist die Intelligenz das Maass des Seins-Defect im Wollen, nicht in möglichem Verstehen, ist des Wesentliche beim Irrthum. Möglich ist der Irrthum beim Menschen, weil sich in ihm Verstand und Wille, an und für sich, weil in der Welt Idee und Wille verbunden sind.

Kornfeld (Grottkau).

III. Referate und Kritiken.

Nervenheilkunde.

1. Specielle Pathologie.

Neurosen und Allgemeinerkrankungen.

475) Karplus: Ueber asthenische Ophthalmoplegie. (Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XV, H. 2 u. 2)

Bei einer 24jährigen Frau aus gesunder Familie beobachtete man periodisch auftretende Störungen in der Function der Augenmuskeln. Im December des Jahres 1894 fand man eine Paralyse der Muskeln des Bulbus, eine beiderseitige Ptosis, eine Parese der Muskeln, die von den Stirn- und Augenästen des n. facialis versorgt werden und eine grosse distalwärts zunehmende Schwäche der Extremitäten. Im April des Jahres 1895 waren diese Erscheinungen fast völlig geschwunden. Es liess sich feststellen, dass die Augenmuskeln auffallend rasch ermüdeten und sehr leicht paretisch wurden. Die Kranke litt seit ihrem 5. Lebensjahre alljährlich an starker beiderseitiger Ptosis, die periodisch auftrat, einige Wochen andauerte und wieder verschwand.

In Anlehnung an den bekannten Symptomencomplex, auf welchen Erb zuerst die Aufmerksamkeit lenkte und welchen Strumpell als asthenische Bulbärparalyse beschrieben, benennt der Verfasser seine Beobach-Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. November-Hett 1897.

tung asthenische Ophthalmoplegie, wobei er auf die Analogie beider Zustandsbilder, auf die Ermtdbarkeit und die Erschöpfung der Muskeln, die Remissionen der Krankheitssymptome in den Morgenstunden und die Exacerbationen in den Abendstunden hinweist.

Behr (Riga).

476) Emil Schäffer (Mainz): Ueber Störungen im Centralnervensystem bei wiederbelebten Strangulirten.

(Zeitschrift f. Medicinalbeamte 1897, Heft 12.)

Ein 20jähriger Gefangener war wegen Vergehens mit Entziehung der warmen Kost auf die Dauer von mehreren Tagen disciplinirt worden und wurde eine Viertelstunde, nachdem er zwecks Durchführung dieser Strafe bei Seite geführt worden war, vom Wärter an der Wand hängend aufgefunden. Ins Leben wieder zurückgerusen, bot derselbe eine Reihe von Erscheinungen, von denen folgende 3 auf dem Gebiete des Centralnervensystems besonders beachtenswerth erscheinen: 1. Amnesie, 2. hallucinatorische Delirien und 3. somnambule Zustände.

Die Amnesie erstreckte sich nicht nur auf die Zeit vor Ausführung des Selbstmordversuches, sondern auch, wenn nicht so absolut, auf die Zeit nach demselben (theils gänzlich aus dem Gedächtniss entschwunden, theils

nur fragmentarisch in der Erinnerung).

Die hallucinatorischen Delirien waren meist depressiven Characters. In ihnen beschäftigte sich der Kranke wiederholt mit einem auderen Mitgefangenen, mit dem er auf gespanntem Fusse stand und durch dessen Aussagen in der Disciplinaruntersuchung vor dem Selbstmordversuch er schwer belastet worden war. Diese Thatsache muss sich demnach sehr tief dem Kranken eingeprägt habeu; er hatte sich des damals erlittenen psychischen Beizzuwachses nicht durch "Abreagiren" entledigen, das seelische Gleichgewicht nicht wieder gewinnen können. Es würde dies doch sehr zu Gunsten der bekannten Auffassung von Breuer und Freud sprechen. "Die latente Wirkung des unvollständig abreagirten psychischen Traumas wurde in den deliranten Zuständen gleichsam wieder manifest."

Die dritte Erscheinung war spontan eintretender Autosomnambulismus. Im Anschluss an diese Beobachtung übt Verfasser auf Grund der bisher veröffentlichten einschlägigen Fälle (33 an der Zahl), sowie verwandter Fälle Kritik an den von Wagner und Möbi us über das Zustandekommen der geschilderten Erscheinungen bei wiederbelebten Strangulirten aufgestellten Hypothesen. Wagner führt dieselben bekanntlich auf psychische Reizzustände im Gehirn zurück, die durch die Asphyxie und durch den Carotidenverschluss beim Erhängen hervorgerufen wurden, Möbius dagegen vertritt, wenigstens für einen Theil der Fälle, die Ansicht, dass es sich um eine acute Hysterie handele. Verfasser führt u. A. Falle an, in denen die Einwirkung des psychischen Factors allein schon genügte, um Krämpfe und retrograde Amnesie hervorzurufen, sowie solche, in denen der bekannte Symptomencomplex auch nach Errettung von anderen gewaltsamen Todesarten sich eingestellt hat, also nicht durch Carotidenverschluss zu Stande gekommen sein kann, er erwähnt ferner, dass häufig genug nach Wiederbelebung nach Zuständen schwerster Asphyxie Krämpfe ausbleiben, und kommt zu dem Resultat, dass die bei Wiederbelebung Strangulirter

auftretenden postasphyctischen Krämpfe zweifellos psychogenen Ursprunges, resp. hysterischer Natur sein können.

Buschan.

477) Ludwig Bremer: On Cyclon-Neuroses and Psychoses.
(Vortrag in der "St. Louis Medical Society" 14. Nov. 1896)

Die im Frühjahr vergangenen Jahres St. Louis und Umgebung verheerenden ungewöhnlich schweren Wirbelstürme haben alsbald ein grosses Heer von Schreckneurosen entfesselt. Abgesehen von der sehr verbreiteten "Cyclonophobie", welche die Bevölkerung in grossen Massen dergestalt ergriff, dass alles beim leisesten Anzeichen von Sturm und Wetter flüchtete, und die Beobachtung des Himmels und die Lecture der meteorologischen Nachrichten eine Hauptbeschäftigung vieler Leute wurde, war besonders auch die Exacerbation schon bestehender Neurosen zu constatiren. Verschlimmerungen und Recidive, z. B. bei functionellen Aphasien, Hinzutreten von Lähmungen und Paresen, Anästhesien etc. zu anderen Erscheinungen u. s. w. Zablreiche Erkrankungen aller Organsysteme rein psychogener Natur kamen zur Kenntniss und in Behandlung der einschlägigen Specialisten. Von Interesse ist ein mitgetheilter Fall von Hysterie, in welchem das Unwetter durch Demolirung des Hauses als gewaltiges psychisches Alterans wirkend, vorübergehend die latente Sthenik des Patienten zum Vorschein brachte: grosse Ruhe, Umsicht und Arbeitsleistung mit Verschwinden aller Krankheitssymptome bei einer sehr heruntergekommenen, seit zwei Jahren meist ans Zimmer gefesselten Dame, und sofortiges Wiederversinken in den alten Zustand, als die Situation keine aussergewöhuliche Anstrengung mehr erbeischt. - Ferner beobachtete B. retrograde Amnesie und traumartige Zu. stände, monatelanges, nächtliches Wiederdurchleben der gehabten Eindrücke im Traum etc. Als Gelegenheitsursache zum Ausbruch von nervösen Affectionen wirkte der Cyclon bei Epilepsie und Chorea (und bei einem Falle von Paralysis agitans!). Von eigentlichen Cyclonpsychosen wurde nichts bekannt, jedoch bemerkte man bei Paranoia und Melancholie zahlreiche Verschlimmerungen, bei letzterer gab der Sturm den Patienten einfach Gelegenheit zu entsprechenden Selbstbeschuldigungen.

Ernst Jentsch (Tarin).

478) P. J. Möbius: Zur Lehre von der Nervosität. 1. Bemerkungen über Neurasthenie.

(Neurolog. Beiträge von P. J. Möbius, Heft II, p. 62-86.)

In diesem ersten von 4 unter dem obenstehenden Titel zusammengefassten Aufsätzen setzt M. seine Ansichten über das Wesen der Neurasthenie auseinander. Ueber das Verhältniss, in dem Nervosität, Neurasthenie und Hysterie zu einander stehen, äussert sich M. dahia, dass alle drei streng von einander zu scheiden sind, wenn sie auch zusammen vorkommen. Unter Nervosität will er alle Zustände zusammengefasst wissen, bei denen leichtere Störungen der Function des Nervensystems bestehen, ohne dass doch schon eine der uns bekannten Nerven- bezw. Geisteskrankheiten vorläge. Hysterische nennt er alle die krankhaften Veränderungen, die durch Vorstellungen bedingt sind, und die Neurasthenie definirt er als chronische Ermüdung. Beobachtet man diese bei einem annähernd gesunden

Digitized by GOOGLE

Menschen, so besteht die einfache Neurasthenie; "im Uebrigen finden wir Neurasthenie mit Nervosität, mit Hysterie, mit der leichten Form des Entartungsirreseins (Hypochondrie, Zwangsvorstellungen, Phobien etc. [Ref.]) u. s. w. verbunden, beobachten sie nach infectiösen Krankheiten, bei Vergiftungen und kennzeichnen den Zustand dann durch ein Beiwort als eigenartigen".

In Bezug auf des Wesen der Neurasthenie zieht M. aus den obigen Auseinandersetzungen den Schluss, dass sie eine chronische Vergiftung ist, da nach neueren Untersuchungen Ermüdung überhaupt als Vergiftung aufzufassen ist. Da die Vergiftung Gehirn und Muskeln betrifft und die im Körper kreisenden Gifte bei der Fortpflanzung die Keimstoffe beeinflussen können, so erklärt sich dadurch die Vererbung der Neurasthenie und vielleicht auch der Umstand, dass ausser Gehirnkrankheiten besonders Muskelkrankheiten (Dystrophie, Myotonie) auf ererbter Aulage beruhen.

Fassen wir die Ermttdung des Gehirns ins Auge, so wird die Thätigkeit, welche mit Aneignung neuer Eindrücke, Bildung neuer Urtheile etc. im Ganzen mit stärkerer Anstrengung des Gehirns einhergeht, noch stärker enerviren. Seine Erholung findet das Gehirn im Schlafe; fehlt dieser, so führt dies zu den höchsten Graden von Gehirnermtidung.

Therapeutisch kommt bei der Hydrotherapie, Balneotherapie etc. nicht viel heraus. Das Beste ist Ruhe bei einfacher Neurasthenie, Schonnung bei Neurasthenie nach Infectionskraukheiten, Abstineuz bei Alcoholneurasthenie, also eine negative Behandlung. Diese reicht jedoch bei den schweren Formen und bei den Kranken, die eigentlich dégénérés supérieurs sind, nicht aus, da sie überhanpt den Anforderungen des Lebens gegenüber zu schwach sind. Hier ist die systematische Anleitung zur Thätigkeit, Gewöhnung an die richtige Art Arbeit, das Ruhenlassen des ermüdeten Werkzeugs durch Inanspruchnahme der noch frischen Organe etc. das Aussichtsreichste. Von den sich an das Körperliche wendenden Behandlungsmethoden wirkt ein Theil sicher nur durch Suggestion, bei allen spielt die Suggestion eine grosse Rolle, da mit der Gewöhnung des Körpers an das Mittel der Nutzen verloren geht.

Eine sehr ausführliche Bibliographie schliesst sieh an den interessanten Aufsatz an.

Dau ber (Würzburg).

479) P. J. Möbius: Zur Lehre von der Nervosität. 2. Ueber Neurasthenia cerebralis.

(Neurolog. Beiträge von P. J Möbius, Heft II, p. 98 ff)
In diesem zweiten kurzen Aufsatze theilt N. die Krankengeschichte eines 19jährigen, geistig angestrengten, hereditär nicht gerade belasteten Studenten mit, der mit allgemeinen Schwächesymptomen rapid abmagerte, Lebervergrösserung bekam und schliesslich Blut aushustete, während die Organe gesund waren, abgesehen von der Veränderung der Leber. Weiterhin bestanden halbseitige Gesichtsröthe, starker Kopfdruck und Varlangsamung der Herzaction. Von dem Moment der Hämoptyse ab ging es besser und Patient heilte unter centraler Galvanisation, Faradisation des Kopfes und Halses und unter Gebrauch von Chinin bis auf die halbseitige Gesichtslähmung vollständig.

Was die Erklärung der auffallenden Symptome anbelangt, so bezieht Charcot die Verlangsamung des Pulses bei sonst gesundem Herzen auf Erkrankung des Halsmarks. Die mit der allgemeinen Abmagerung eintretende und mit ihr wieder verschwindende Vergrösserung der Leber deutet M. als Fettinfiltration, vielleicht eine Nothhülfe des Körpers, um sich leicht assimilirbare, zu seiner Erhaltung nothwendige Fette zu schaffen.

Die nervöse Hämophyse erklärt Carré aus einer vasomotorischen Paralyse der Lungen, doch dürfte sich zur Zeit eine ausreichende Erklärung dafür nicht geben lassen, jedenfalls muss man noch eine geringere Widerstandsfähigkeit der Gefässe, auf trophischen Einflüssen beruhend, supponiren.

Was die Natur der Neurasthenia cerebralis betrifft, so wendet M. gegen die Forscher, welche sie als eine Affection des vasomotorischen Apparates auffassen, ein, dass bei Erschöpfung des Gehirns in Folge geistiger Anstrengung nicht allein das vasomotorische Centrum, sondern auch die anderen getroffen werden müssen, so sei im vorliegenden Falle heute, nach 14 Jahren, noch die halbseitige Gesichtsröthe vorhanden, während die sehweren Symptome damals alle geschwunden sind.

Dauber (Würzburg).

480) P. J. Möbius: Zur Lehre von der Nervosität, 3. Ueber nervöse Verdauungsschwäche des Darms.

(Neurolog. Beiträge von P. J. Möbius, Heft II, p 104 f.)

In diesem kurzen Aufsatze theilt M. die Erfahrung mit, dass Nervöse oft rapid und stark abmagern, obwohl sie reichlich essen. Es hinge dies wahrscheinlich in einer verminderteu Resorptionsthätigkeit des Darms, vielleicht auch in einer Hypersecretion des Darmsaftes, die ein Analogon bilde zu den nervösen Diarrhöen und der nervösen Polyurie, vielleicht sei auch an Angstdiarrhöen zu denken. Jedenfalls müssen genaue Beobachtungen des Stuhles und des Stoffwechsels solcher Kranken diese Frage entscheiden. (Ref.)

481) P. J. Möbius: Zur Lehre von der Nervosität. 4. Ueber nervöse Familien.

(Neurolog. Beiträge von P. J. Möbius, Heft II, p. 106 ff)

Anschliessend an die Mahnung O. Bollinger's, bei Beurtheilung erblicher pathologischer Zustände die Grenzen möglichst weit zu ziehen, theilte M. schon 1884 den Stammbaum von 5 nervös belasteten Familien mit, von denen die am schwersten befallen waren, in denen die Eltern blutsverwandt oder doch beide nervös waren. Trotzdem kann man von eigentlicher Degeneration trotz der neuropathischen Diathese kaum reden; denn die Lebensdauer, die Fruchtbarkeit verhielten sich wie in gesunden Familien, die Intelligenz war durchschnittlich gut, mehrmals eine hohe, und moralische Entartung war nicht vorhanden. Dessen ungeachtet lehrt die genaue Betrachtung solcher Genealogien, dass der Einfluss der erblichen Belastung grösser und tiefergehend ist, als man gewöhnlich annimmt, denn man fludet auch an anscheinend Gesunden stigmata hereditatis. Von körperlichen Stigmaten beobachtete M. Krümmung der Wirbelsäule, die sich ohne wahrnehmbare Ursache entwickelt zu haben schien.

Aus seinen Beobachtungen zieht er den Schluss, dass schwer nervöse Personen überhaupt nicht heirathen sollen und dass bei der projectirten Eheschliessung eines nervösen mit einem nervengesunden Individuum der Arzt nicht versäumen solle, gegenüber der letzteren mit seinen Bedenken nicht zurückzuhalten.

Dan ber (Würzburg).

482) L. Lévi: Dyspiagie cérébro-spinale et ichtyosie. (Revue neurol. Nr. 24, 1896.)

Als Meiopragie bezeichnet Potain die Verringerung der Functionstauglichkeit irgend eines Organes. Der Meiopragie schliessen sich die Functionsmängel an, für welche L. die allgemeinere Bezeichnung "Dyspragie" vorschlägt. Eine Störung dieser Art auf cerebrospinalem Gebiete beobachtete der Verfasser.

Die 21jährige A. G., welche am 20. Septemaer 1893 in die Salpetriere eintrat, war das 5. einer Familie von 10 Kindern. Bezüglich erblicher Belastung mangeln sichere Anhaltspunkte. Die Patientin zeigte immer geringere Intelligenz, lernte nur mit Mühe Lesen und Schreiben und litt bis zu 12 oder 13 Jahren an Incontinentia urinæ. Im Alter von 5 Jahren meningitische Symptome (?). 1889 trat vollständige Gebrauchsunfähigkeit der Arme ein, so dass man längere Zeit die Patientin wie ein kleines Kind füttern musste. Dieser Zustand verlor sich wieder, erneuerte sich jedoch August 1892. Januar 1893 wurde das Gehen schwierig.

Bei der Aufnahme wurde constatirt: Die Kranke nimmt die Rückenlage an. Leichter Strabismus des linken Auges; geringe Asymmetrie des Gesichtes. Der Kopf wird etwas steif gehalten und wenig bewegt, die Kranke ist jedoch im Stande, mit demselben die verschiedensten Bewegungen auszuführen. Im Bereiche der oberen Extremitäten vollziehen sich die Bewegungen der Hand und des Vorderarmes gut, die des Oberarmes sind mit Ausnahme der Adduction beschränkt, die Muskelkraft scheint ziemlich normal; keine permanenten Contracturen, zuweilen leichte Contracturen unter dem Einfluss von gemüthlichen Erregungen, kein Tremor, keine Muskelatrophie, keine objective Sensibilitätsstörung, zuweilen flüchtige Schmerzen in der Schultergegend und beiden Armen An deu Unterextremitäten ist nur die Dorsalflexion des Fusses beschränkt; ausserdem eine gewisse Starre der Adductoren, keine Atrophie, keine Sensibilitätsstörung; die Patellarreflexe sehr gesteigert, kein Fussclonus. Der Gang ist langsam, mühsam; die Oberschenkel sind einander genühert, die Kniee zeigen eine Neigung, sich zu kreuzen. Der Rumpf weicht seitlich von links nach rechts ab, der Kopf neigt gegen die linke Schulter. Die Kranke befindet sich in einem Zustande vollständiger Apathie, ruht den ganzen Tag ausgestreckt, ohne sich zu beschäftigen, spricht auch wenig, ihre Sprache ist schleppend. An der äusseren Haut leichte Ichthyosis mit einzelnen Platten von Ichthvosis cornea.

Kein Zeichen von Hysterie.

In dem Zustande der Patientin änderte sich nichts Wesentliches während ihres Aufenthaltes in der Salpetrière. Sie erlag einem Typhus 16. Juli 1894. Die Autopsie bestätigte die Diagnose des Typhus. Die macroscopische und microscopische Untersuchung des Gehirus und Rückes-

marks, auch der Nervenstämme und Muskeln ergab einen völlig negativen Befund.

In der Epikrise bemerkt der Autor, dass man sich der cerebralen Dyspragie gegenüber fragen müsse, ob das Rückenmark sich nicht in einem ähnlichen Zustande mangelhafter Functionirung befunden habe, so dass eine cerebrospinale Dyspragie vorlag.

Er erinnert an die Thatsache, dass in einzelnen seltenen Fällen Kinder mit allgemeiner Ichthyosis eine erheblich anter dem Mittel stehende Körperlänge und einen Stillstand sowohl der intellectuellen als der körperlichen Entwicklung darboten und gelangt daher zu dem Schlusse, dass das Mädchen in Folge associirter Functionsstörungen des Gehirns, Rückenmarks und der Haut geistig zurückblieb und mit incompleter spastischer Paralyse und Ichthyose behaftet war. Die spinale Dyspragie bestand wanrscheinlich wie die Ichthyosis von Geburt an, jedoch latent und äusserte sich später unter dem Einflusse eines nicht näher bekannten Momentes.

L. Löwenfeld.

483) Gilbert (Baden-Baden): Neurasthenie nach Ablauf der secundären Periode der Syphilis.

(Monatsschr. f. pract. Balneol, Bd. 2, 1896, Juli, Nr. 7.)
Von dieser von Fournier zuerst beschriebenen Form der Neurasthenie hat G. in den letzten 11/2 Jahren 13 Fälle beobachtet, die sicher als solche aufzufassen sind. 8 derselben gehörten der "forme fruste" (= cerebrale Form, documentirt durch hartnäckigen und mehr störenden, jedoch die Berufsthätigkeit nicht hindernden Kopfdruck zumeist im Hinterkopf, der den ganzen Tag über anhält, nach den Mahlzeiten etwas an Intensität zunimmt, Nachts aber und durch Bettruhe vollständig verschwindet), die übrigen der "forme commune", dem proteusartigen Bilde der Neurasthenie Die erste Form kann mit der Hirnsyphilis (hier ausserst hartnäckiger, keine Beschäftigung gestattender, auch des Nachts anhaltender Kopfschmerz), der progressiven Paralyse und Hirntumoren (in beiden letzten Fällen eine Reihe objectiver Erscheinungen) verwechselt werden. Die zweite Form kann unter Umständen (Spinalirritation) Tabes vortäuschen. Diagnose muss man mit peinlichster Genauigkeit vorgehen, unter sorgfältiger Beobachtung aller Symptome nach Vorgeschichte, Genese, Verlauf, Kurresultat etc. In den von G. beobachteten Fällen war das Leiden 3-20 Jahre nach der Infection zum Ausbruch gekommen.

Die Prognose ist günstig, obwohl das Leiden in der Regel hartnäckig, langdauernd und vor Rückfällen nicht sicher ist. - Therapeutisch kommen die gleichen Heilmittel wie bei der allgemeinen Neurasthenie in Betracht (psychische Behandlung, Entfernung aus der Umgebung, Diät, Ruhe, Hydrotherapie, Electricität, Brom etc.). Bei der cerebralen Form sah G. recht günstigen Erfolg durch kleine Dosen von Antipyrin und Migränin.

Buschan.

434) R. Hottinger (Zarich): Ueber chronische Prostatiste und sexuelle Neurasthenie.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896, Nr. 6, März 15.)

Verfasser bedauert, dass man dem Einflusse der ohronischen Entzundung der Prostata auf das Nervensystem im Allgemeinen so wenig Beachtung schenkt und ist überzeugt, dass eine Reihe nervöser, functioneller Störungen des Urogenitalsystems (Impotenz, krankhafte Hallucinationes, Schmerzen und Parästhesien im Kreuzbein, dem Hypogastrium, der Blasengegend, vor Allem unmotivirte Schmerzanfälle in den Hoden), sowie einige als Reflexneurosen bezeichnete Störungen der Magendarmfunction, der Herzthätigkeit, auch Schwindel, die sämmtlich als Theilerscheinungen der Neurasthenie bezeichnet zu werden pflegen, zum pathologisch-anatomischen Sulstrat eine chronische Prostatitis (znmeist hervorgerufen durch latente Gonorrhoe, dann auch durch Tranmen, z. B. Radfahren, Infection vom Rectum aus) haben. Verfasser ist dementsprechend der Ansicht, dass, wenn von Seiten der Aerzte früher und mehr auf solchen Process gefahndet und eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden würde, dieselben sich mit einem guten Procentsatz Neurastheniker weniger abzugeben hätten (? Referent).

Die neuere Therapie der Prostatitis hat im Ganzen gute Erfolge aufzuweisen. Verfasser lobt vor Allem die manuelle Massage per Rectum, daneben wendet er auch medicamentöse Behandlung in Form von Suppositorien, reichlichen Darmentleerungen etc. an. — Zwei Krankengeschichten illustriren die vorstehenden Beobachtungen.

Buschan.

IV. Tagesgeschichte.

Professor Luys ist vor einigen Wochen in Paris gestorben. Als Namengeber des Luys'sehen Körpers blüht ihm eine relative Unsterblichkeit, die er als Kliniker nicht finden wird. Im letzten Jahrzehnt hat er sich durch das Cultiviren phantastischer hypnotischer Spielereien wieder bekannt gemacht.

Wir erfahren zu unserem Bedauern die noch nicht völlig verbürgte Nachricht, dass Professor Forel in Zürich, einer der Freunde anseres Blattes, von seinem Posten als Director der Züricher kantonalen Anstalt Burghölzli, mit welchem seine jetzige akademische Stellung verknüpft ist, zurücktreten will. Sein Idealismus und Enthusiasmus scheinen sieh mit der Pfahlbürger-Demokratie der Schweiz so wenig zu vertragen, wie sie es mit einem bureaukratischen Regime würden.

Unser langjähriger Mitarbeiter, Herr Dr. Daaber in Würzberg, geht sis Oberarzt des Deutschen Hospitals nach New-York. Sein Referat übernimmt sein College an der Leube'schen Klinik, Herr Privatdosest Dr. Johannes Müller.

CENTRALBLATT

fiir

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

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

XX Jahrgang.

1897 December.

Neue Folge VIII. Bd.

I. Originalien.

Neurologisches aus der XXVI. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft

zu Heidelberg, August 1897.

Berichtet vom Docenten Dr. BACH in Würzburg.

484) Krückmann (Leipzig): Zur Pathogenese der Stauungspapille.

Krückmann theilt mit, dass in allen von ihm untersuchten Fällen von Stauungspapille stets eine Papillitis, eine wirkliche Papillenentzündung vorhanden war, und dass eine Meningitis niemals vermisst wurde. Letztere war meistens nur microscopisch nachweisbar. In Folge dieser Befunde geht er von der Leber'schen Entzündungstheorie aus. Als Entzündungsstoffe spricht er die durch den Zellzerfall der intracraniellen Neoplasmen freiwerdenden positiv, chemotactisch wirkenden Substanzen an und nennt dieselben als direct vom eigenen Organismus stammende autogen resp. somatogen. Er unterstützt seine Annahme durch die von Lubarsch gemachten Untersuchungen über die Leucocyteninfiltration in Sarcomen, sowie durch die Experimente von Schmaus und Albrecht über die Hyperchromatose. Dann bespricht er die einzelnen Ursachen der Stauungspapille und geht besonders auf die antonomen Tumoren, auf die Tuberculose und auf die Syphilis ein.

485) Bernheimer (Wien): Innervation der Augenmuskeln.

Bernheimer bespricht die im Anschlusse an seine anatomischen Untersuchungen des Wurzelgebietes des Oculomotorius beim Menschen (J. F. Bergmann, Wiesbaden 1894)*) ausgeführten experimen-

^{*)} Referat siehe dieses Centralblatt 1894, S. 559.

tellen Studien am Affen. — Er wandte die schon 1896 beschriebene Methode (Wiener kliuische Wochenschrift Nr. 6) der Ausschneidung der vom Oculomotorius versorgten äusseren und inneren (Exenteratio bulbi) Augenmuskeln an und untersuchte die Wurzelgebiete des Oculomotorius der Affen nach der Nissl'schen Methode.

Die früheren das Kaninchen betreffenden Experimente (1896)*) wurden nicht fortgesetzt, da es sich zeigte, dass die topographischen Verhältnisse des Kerngebietes beim Kaninchen jenen des Menschen nicht gleichkommen. — Das Oculomotoriuscentrum des Affen ist hingegen jenem beim Menschen vollkommen gleich.

Die an und in der Mittellinie, in der proximalen Hälfte des Oculomotoriuscentrums befindlichen Nebenkerne, der paarige kleinzellige Mediankern und der unpaarige grosszellige Mediankern sind, wie auch früher (l. o.) anatomisch nachgewiesen wurde, wahre Oculomotoriuskerne und müssen ganz speciell, nach den vorliegenden experimentellen Versuchen am Affen (Exenteratio bulbi), als Centren der vom Oculomotorius versorgten Binnen muskeln des Auges aufgefasst werden (Accommodation und Sph. pupillae).

Der kleinzellige Mediankern der rechten Seite gehört dem rechten Auge an, der grosszellige unpaarige Mediankern versorgt beide Augen. —

Die einzelnen Zellgruppen für die äusseren vom Oculomotorius versorgten Muskeln liegen nicht scharf von einander getrenut in den paarigen Seitenhauptkernen und den zugehörigen Lateralzellen.

Im distalsten Theile des rechten Seitenhauptkerns, anschliessend an den Trochleariskern, und in den zugehörigen Lateralzellen liegt die Wurzelstätte des rectus inferior des gekreuzten linkeu Auges.

Daran reiht sich die Zellgruppe für den Obliquus inferior des linken gekreuzten Auges an. Aus den dickeren ventralwärts gelegenen Kernantheilen entspringen wenige Fasern, welche denselben Muskel (Obl. inf.) des rechten gleichseitigen Auges versorgen.

Es folgt hierauf die Zellgruppe für den Rectus internus des rechten gleichseitigen Auges. Aus dem breiten dorsolateralen Theile der Zellgruppe und den zugehörigen Lateralzellen entspringen Fasers, welche zum rectus internus des gekreuzten linken Auges ziehen.

Dieser Zellgruppe schliesst sich jene für den Musculus rectus superior des rechten gleichseitigen Auges au. -- Hier sind keine Lateralzellen mehr vorhanden.

Der proximalste Antheil des rechten Seitenhauptkerns wird von Zellen gebildet, welche dem Levator des gleichseitigen rechtes Auges angehören.

Der sogenannte obere, laterale Kern von Dark sche witsch gehört nach diesen Experimenten am Affen und den früheren anatomischen Untersuchungen am Menschen der Oculomotoriuskerngruppe nicht an.

^{*)} Referat siehe dieses Centralblatt 1896, S. 610.

486) Schirmer (Greifswald): Ueber die Function der sogenannten parareticulären oder amakrinen Zellen der Retina.

Vortragender hat Untersuchungen über das Verhalten der Papillenreaction bei Erkrankungen der Aderhaut, Netzhaut und der Sehnerven angestellt. Die bei Atrophie und Neuritis nervi optici gewonnenen Resultate sprechen für eigene centripetale Papillenfasern im Opticus. Bei den Erkrankungen der Netzhaut ergab sich die bedeutsame Thatsache, dass Pupillenstörungen nur bei Erkrankungen der inneren Schichten auftraten, nicht bei solchen der äusseren Abschnitte. Wahrscheinlich beginne der Pupillarreflex gar nicht in den Stäbchen und Zäpfchen, sondern in der inneren Körnerschicht, vielleicht stellen die amakrinen Zellen die Anfangsglieder desselben dar.

487) L. Bach (Würzburg): Zur Lehre von den Augenmuskellähmungen.

— Eine experimentelle, vergleichend-auatomische und klinische Studie.

Bach hat den früheren experimentellen Untersuchungen an Kaninchen (Referat siehe dieses Centralblatt 1~96, S. 611) solche an Katzen und Affen angeschlossen. Die Ergebnisse sprechen nicht für die Lehre von den Kernlähmungen. — Von Untersuchungen über die Lage des Centrums der Pupillarreaction sei erwähnt, dass nach der Decapitation bei Affen, Katzen und Kaninchen noch die directe und indirecte Reflexempfindlichkeit der Pupille erhalten ist. Falls also genauntes Centrum im Rückenmark liegt, kann es nur ganz oben liegen. Es wird später, wenn die Untersuchungen abgeschlossen sind, ausführlicher darüber referirt werden.

488) R. Zander: Ueber die sensiblen Nerven der Augenlider des Menschen. (Sitzungsberichte der biologischen Section der physikalisch-öconomischen Gesellschaft zu Königsberg i. Pr. Sitzung vom 29. April 1897.)

Zander stellte durch Präparate fest, dass das obere Lid nicht allein vom N. ophthalmicus versorgt wird, sondern auch von Zweigen des N. maxillaris: es treten am inneren Lidwinkel Zweige des N. infraorbitalis in den medialen Theil des oberen Lides und am äusseren Lidwinkel Zweige des Ramus zygomaticofacialis, bisweilen auch Zweige des N. infraorbitalis in den lateralen Theil des Oberlides. Ebenso wurde für das untere Liderwiesen, dass es nicht nur vom N. maxillaris versorgt wird, sondern auch Fasern aus dem N. ophthalmicus erhält: die Nn. supra- und infratrochlearis geben am inneren Lidwinkel Zweige für den medialen Theil des Unterlides, der N. lacrimalis entsendet um den äusseren Lidwinkel herum Fäserchen zum unteren Lid.

Eine sehr bedeutungsvolle Bestätigung erhielten diese anatomischen Ergebnisse durch eine pathologische Beobachtung bei einer Person, deren rechter N. trigeminus mit Ausnahme der Nn. lacrimalis und nasociliaris operativ entfernt worden war.

489) St. Bernheimer: Experimentelle Untersuchungen zur Localisation im Kerngebiete des Oculomotorius. Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 26. März 1897. — Wiener klin. Wochenschr. 1897. Nr. 13.

Ausser den Mittheilungen über das Oculomotoriuskerngebiet (siehe die Referate von dem diesjährigen Ophthalmologencongress)

berichtet B. hier noch über Untersuchungen des Ganglion ciliare. Er suchte die Frage zu lösen, ob dem Ganglion ciliare für die Innervation des Musc. sphincter pupillæ und Musc. ciliaris die Rolle eines peripheren Centrums zukomme. Nach der Exenteratio bulbi fand B. alle Zellen des Ganglion ciliare in characteristischer Weise degenerirt. Wurde bei Controlversuchen nur die Cornea bis auf die Membrana Descemeti zerstört, so fanden sich neben gut erhaltenen Zellen auch zahlreiche degenerirte und zwar in derselben Weise degenerirte, wie nach Zerstörung aller Ciliarnerven. Die erhaltenen und degenerirten Zellen waren unter einander vermengt. Das Ganglion ciliare ist somit nach B. thatsächlich ein sensorisches Ganglion und die von ihm abgehenden Ciliarnerven sind sensorische Nerven, welche die Cornea, die Binnenmuskeln und die Augenhäute überhaupt versorgen. Die Rolle eines peripheren Centrums des Musc. sphincter pupillæ kann dem Ganglion ciliare nicht zugeschrieben werden. (Ref. hat selbst ausgedehnte Untersuchungen über diese Frage angestellt; dieselben werden bald in von Grafe's Archiv für Ophthalmologie veröffentlicht und hofft Referent, den sicheren Beweis bringen zu können, dass Bernheimer's Schlüsse bezüglich des Ganglion ciliare nicht berechtigt sind.)

490) A. Hoche: Zur Frage der Entstehung der Statungspapille. — Knapp-Schweiger's Archiv für Augenheilkunde, XXXV. Bd, 2. Heft, Seite 192.

In der Erklärung der Entstehung der pathologischen Vorgänge am Sehnerven, welche bei Hiradruck zur Beobachtung kommen, stehen sich hauptsächlich 2 ätiologische Theorien bekanntermassen gegenüber, von denen die eine die Ursache der Sehnervenveränderungen ganz allgemein gesagt in der Stauung der Lymphflüssigkeit und deren Folgen sieht, während die andere das Vorhandensein von toxischen Substanzen in der gestauten Hiralymphe als veranlassendes Moment anschuldigt - jene die "mechanische", diese die "entzundliche" Theorie. - Hoch e macht un auf die Thatsache aufmerksam, dass bei Hirndruck der Sehnery nicht der einzige degenerirende Nerv ist, sondern dass gleichzeitig mit der Stauungspapille und zwar anscheinend regelmässig sich Degenerationserscheinungen an den hinteren Wurzelu des Rückenmarkes finden. Die Wirkung von Toxinen in der Cerebrospinalflüssigkeit kann hier als Ursache nicht in Betracht kommen und zwar aus folgenden Gründen: Die von der Cerebrospinalflussigkeit direct umspulten extraspinalen Wurzelantheile sind viel weniger betheiligt, als die von ihr nicht berührten intraspinalen Fasera. Es findet sich, obgleich eine mit der Cerebrospinalflüssigkeit vom Schädel her herabsteigende Toxinwirkung bei der in der Richtung von obes nach unten rasch zunehmenden Verdunnung durch zusliessende toxinfreie Lymphe immer weniger entzundungserregende Eigenschaften haben sollte, keine entsprechende graduelle Abstufung des Wurzelprocesses von oben nach unten; im Gegentheil ist der unterste Abschnitt des Rückenmarks in der Regel mehr betroffen als der mittlere! - Die hauptsächlich betroffenen intraspinalen Wurzelfasern kommen mit der Cerebrospinalflüssigkeit gar nicht in Berührung; die sie umspülende Lymphe ist autochthonen Ursprunge, stammt aus den arteriellen Capillaren des gesunden Rückenmarkes selbst— Schliesslich besteht an den Wurzeln absolut keine "Entzundung", sondern ein einfacher Zerfall der Fasern.

Hoche kommt zu folgender Zusammenfassung:

Bei der Entstehung der Stauungspapille ist in Fällen von einfachen Tumoren ohne Meningitis, Fieber u. s. w. der Einfluss von "Toxinen" weder erwiesen noch wahrscheinlich.

Den Opticusveränderungen analoge Processe im Rückenmark an den hinteren Wurzeln lassen für beide Gebiete das einzige gemeinsame Moment, nämlich die mechanische Drucksteigerung in der Cerebrospinalflüssigkeit als die wesentliche Ursache erscheinen.

Die Vorgänge am Opticus in den allerfrühesten Stadien sind noch nicht genügend bekannt; am wahrscheinlichsten ist es, dass der in Folge der Lymphstauung aufgelockerte, ödematös durchtränkte und dadurch in seinem Umfange vergrösserte Sehnerv in der Lamina cribrosa oder ihrer nächsten Umgebung eine Einschnürung erfährt, die (neben ihrem Einflusse auf die Gefässe in der Papille) durch Aufhebung des trophischen Einflusses der Ganglienzellen eine Degeneration der Opticusfasern central und peripher von der Lamina cribrosa erzeugt.

Der Untergang von Nervenfasern wird begünstigt durch die ungunstigen Circulationsverhältnisse, unter denen sie sich in Folge der Staunng befinden.

Als eigentliche "Entzundung" sind diese Vorgunge am Sehnerven nicht zu bezeichnen.

II. Referate und Kritiken.

Nervenheilkunde.

Specielle Pathologie und Therapie.

1. Bulbus und Rückenmark.

491) Hitzig: Ein Fall von vorwiegend bulbärer Syringomyelie.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 9, p. 362 ff.)

Verfasser theilt einen Fall von Syringomyelie mit, bei dem bilaterale Störungen im Bereiche der Spinalnerven und unilaterale bulbäre Symptome gefunden wurden. Die Atrophien und Contracturen und die Schrundenbildungen waren rechts, die Sensibilitätsstörungen links stärker ausgeprägt und letztere trugen den Character der dissociirten Empfindungslähmung. Auch die Sensibilitätsstörungen der Bulbärnerven trugen diesen Character und es sind bei ihnen auch die specifischen Empfindungsqualitäten (Geschmackssinn auf der ganzen Zunge) lädirt und die Kitzelreflexe, sowie der Cornealreflex verloren gegangen. In den atrophischen Muskeln des Oberarms und der Zunge fibrilläre Zuckungen. Ausserdem Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule nach rechts, spastische Parese und leichter Nystagmus. Als anatomisches Substrat nimmt Verfasser im Halsmark eine central sitzende und hauptsächlich die Hinterhörner befallende Höhlenbildung an, während die Vorderhörner weniger beschädigt sind. In der Medulla oblongata liegt

die Höhle nach links von der Mittellinie und hat hier die Kerne des XII., X., IX. (vielleicht auch des XI.) Hirnnerven in Mitleidenschaft gezogen.

Actiologisch nimmt Verfasser keine Bleiintoxication an, obwohl der Patient Jahre lang mit Blei arbeitete. Vielleicht kann aber der Process aus einer ascendirenden Neuritis hervorgegangen sein.

Dauber (Würzburg).

492) G. Kljatschkin (Kasan): Ein Fall von periodisch wiederkehrender Oculomotoriuslähmung.

(Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 5.)

Ein 15jähriges Mädchen, dessen Vater, Potator, an einer Hirnapoplexie gestorben ist, leidet seit der Kindheit an Malariaanfällen und Kopfschmerzen mit Uebelkeit, Erbrechen und Stechen in den Augen, besonders ausgesprochen links. Bei einem solchen Anfall trat Mai 1896 plötzlich völlige Ptosis des linken Auges auf. Die Untersuchung ergab bedeutende Erweiterung der linken Pupille und Diplopie, sowie fehlende Pupillarreaction links, daneben liess sich eine leichte Herabsetzung des Schmerz- und Tastgefühls im Bereich des ersten Astes des linken N. trigeminus constatiren. Grössere Dosen von Chinin hatten einen sichtlichen Erfolg, indem allmählich alle Erscheinungen schwanden; Anfang Juli war die Lähmung völlig beseitigt.

Doch kehrte dieselbe bei einem neuen Malariaanfall nach 14 Tagen wieder, um auf Chinin nach kurzer Zeit zu verschwinden. Ebenso war ein Anfall im September von gleicher Erscheinung begleitet, die wieder auf Chinin prompt reagirte (Dauer 6-7 Tage).

Es handelt sich also um eine rein periodische Lähmung (gegenüber einer periodisch exacerbirenden Lähmung) des N. oculomotorius, dessen peripherischer Theil afficirt sein muss, wofür auch die Sensibilitätsstörung des Ramus supraorbitalis N. trigemini spricht. Aetiologisch kommt nach K. eine infectiöse Neuritis in Folge von Malaria in Betracht. Eine kurze Besprechung der in der Litteratur niedergelegten ähnlichen Fälle vervollständigt den Aufsatz.

493) J. H. Melassy (Dayton, Ohio): Kehlkopflähmungen. (Motor paralysis of the larynx.)

(The New-York med. Journ. 1896, 26. Sept., S. 420.)

Verfasser berichtet kurz über 5 Fälle von Kehlkopfmuskellähmung. In den beiden ersten Fällen bestand eine einseitige Lähmung des M. thyreoarytaenoideus in Folge von acuter resp. chronischer Laryngitis mit Stimmverlust, welche unter der Behaudlung in einigen Wochen schwand. Diesen peripheren Lähmungen stehen 3 Fälle von centraler (doppelseitiger) Lähmung gegenüber. Einer von diesen betraf einen 47jährigen (hereditär belasteten Geisteskranken aus der Staatsirrenanstalt Topeka (Canada) mit Selbstmordneigung. Die ersten Symptome waren Articulations- und Sprachstörungen, Beeinträchtigung der Zungenbeweglichkeit, Speichelfluss, Schluckstörungen, besonders für Flüssigkeit, also die Symptome der Bulbärparalyse. Ein Jahr vor dem Tode trat völliger Sprachverlust ein.

Die Section ergab Atrophie und graue Degeneration am Boden des 4. Ventrikels, welche die Wurzeln des Facialis, Trigeminus, Hypoglossus,

Glossopharyngeus, Accessorius und Vagus betroffen hatte.

Die beiden letzten Fälle endlich sind hysterische Lähmungen der seitlichen Crico-Arytaenoidei. In dem einen Falle hatte die 24jährige Dame schon vor 4 Jahren einen plötzlichen Stimmverlust erlitten, welcher nach ca. 6 Monaten ebeuso plötzlich geschwunden war, um 8 Monate später plötzlich wieder aufzutreten. Seitdem war trotz aller Behandlung bei den verschiedensten Specialisten keine Besserung eingetreten. Das Laryngoscop ergab eine subacute Laryngitis und eine nicht vollständige Annäherung des Stimmbandes bei der Phonation. — Im letzten Falle einer 28jährigen Dame mit perverser Sexualität, wo der Stimmverlust vor 2 Jahren eingetreten war, näherten sich die Stimmbänder bei der Phonation bis auf ¹/₈ Zoll.

Verfasser betont, dass eine doppelseitige Kehlkopfmuskellähmung fast stets auf einen centralen Ursprung hinweist, es könnte nur noch eine Geschwulst ausserhalb des Schädels auf beide N. laryngei recurrentes drücken, was aber sehr selten vorkommt.

Hoppe.

494) Felix Semon: Herr Grossmann und die Frage der Posticuslähmung.

495) O. Rosenbach: Ist der Satz von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrenssasern berechtigt?

496) B. Fränkel: Erwiderung auf den Aufsatz des Herrn Grossmann.
(Archiv f. Laryngol., S. 492—605, VI. Bd.)

Die drei Autoren befehden auf's Heftigste Grossmann, der (vergl. dieses Centralbl. September 1897, S. 481) es gewagt hat, auf Grund seiner Experimente das Semon'sche Gesetz einer neuen Prufung zu unterziehen und es zum Schluss seiner langen Arbeit als hinfällig und unberechtigt Semon weist zunächst auf den unwürdigen Ton, in welchem hinzustellen. Grossman gegen ihn polemisirt, hin und setzt sich dann mit seinem Gegner in factischer Beziehung auseinander. Grossmann hat erstens eine Reihe an sich richtiger Thatsachen absichtlich falsch gruppirt, sodann fehlt ihm die Kenntniss der höchst wichtigen Arbeit Semon's, welche über den Abductortonus der Stimmbänder handelt, und endlich ist Grossmann trotz seines "Laryngometers" nicht im Stande gewesen, zwischen dem, was man klinisch unter Cadaverstellung und Medianstellung versteht, zu unterscheiden. S. bemüht sich, Schritt für Schritt nachzuweisen, wie Grossmann "mittels persönlicher Auschuldigungen, mittels irreführender, in ihrer Wirkung systematisch irreführender Schilderungen, mittels logischer Trugschlüsse, mittels Aufstellung wilder Hypothesen, mittels Zweideutigkeit der Ausdrucksweise und mittels falscher, aus irreleitenden Experimenten gezogenen Deductionen" zur Verwerfung des Semon'schen Gesetzes von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern gelangt ist. Semon hat aber auch von Neuem eine Reihe bereits früher gemachter Experimente, welche sich mit den Folgeerscheinungen von einseitiger und doppelseitiger Recurrensdurchschneidung beschäftigen, wiederholt und niemals die von Grossmann dabei beobachtete und auf die Wirkung des negativen pulmonalen Luftdrucks bezw. des Muscul. crico-thyreoideus bezogene Medianstellung der bezw.

des Stimmbandes feststellen können. Nach Semon's Ueberzeugung ist nicht eine der von Grossmann angegriffenen Thatsachen erschüttert worden, kein neuer Gesichtspunkt in die Discussion über den immer noch unbekannten Grund der grösseren Hinfälligkeit der Erweiterernerven und Muskeln eingeführt worden. Das Semon'sche Gesetz bleibt also zu Recht bestehen.

Rosenbach's Erwiderung richtet sich im Wesentlichen gegen die von Grossmann ausgesprochene Ansicht, dass R. aus rein theoretischen Gründen bei der Analyse einer einzelnen Beobachtung von Posticuslähmung zur Aufstellung jenes Gesetzes von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern gekommen sei, das erst durch die wissenschaftlichen Bemühungen Semon's einen festen Untergrund erhalten habe. Sodann weist er auf Fälle hin, wo die nach Grossmann angeblich noch nie beobachtete Lähmung der Oeffner bei intacten Schliessern der Stimmritze in Folge von Recurrenslähmung beschrieben worden ist, sowie auf solche Fälle, in denen klinisch unzweifelhaft eine Cadaverstellung der Stimmbänder gesehen wurde - mittlere Weite und vollkommene Unbeweglichkeit der Stimmbänder bei vollkommener Degeneration sämmtlicher Larvnxmuskeln inclusive der cricothyroidei. Sodann bespricht er von Neuem die auch auf anderen Muskelgebieten beobachtete Thatsache, dass bei Ausfall der Wirkung der Antagonisten die entsprechenden gesunden Muskeln pervers innervirt werden, sodann in vorübergehende Contractur verfallen und endlich nach kürzerer oder längerer Zeit zu Grunde gehen. Diese Veränderungen lassen sich auch bei der Kehlkopfmuskulatur, wenn auch nicht immer in der genannten Reihenfolge beobachten. Doch kann die Inactivitätsatrophie nicht als Grund für die hochgradige Degeneration der Crico-thyroide i gelten, wie sie bei Recurrenslähmung gelegentlich beobachtet wird, es müsste denn sein, dass die Crico-thyroidei in directer Beziehung zum Nervus recurrens stehen. "Denn nur, wenn der eigene Nerv geschädigt ist, tritt so schnelle und starke Degeneration im Muskel auf, wie dies am Crico-thyroideus nach Durchschneidung des Recurrens beobachtet worden ist." macht dann von Neuem auf den Unterschied aufmerksam, der zwischen perverser Innervation und Krampf besteht. So ist z. B. der inspiratorische Stridor bei nervöser Posticuslähmung perverse Innervation, während der Laryngismus der Kinder bei Keuchhusten oder Laryngitis als Krampf gedeutet werden muss. Er schliesst mit sehr beachtungswerthen Bemerkungen, wie schwer schon durch kleinste Complicationen bei klinisch beobachteten Fällen von Stimmbandlähmung die Deutung werden kann. schwieriger ist die "Beurtheilung des Thierexperiments, wo eben mit absolut uncontrollirbaren, weil unberechenbar irradiirenden Reizen operirt wird, ganz abgesehen von der Unmöglichkeit, die innervatorischen Vorgänge im Kehlkopf stimmloser oder auf der niedrigsten Stufe der Stimmentwicklung befindlicher Thiere mit den Vorgängen an einem der empfindlichsten und am feinsten reagirenden Apparate des menschlichen Organismus identificiren zu können".

B. Frankel endlich hat in Folge der Beschuldigung Grossmann's, dass er in seinen mit Gad gemeinschaftlich unternommenen Erfrierungversuchen des N. recurrens durch Eröffnung der Trachea eine den Sinn des

Digitized by GOOGIC

Experimentes störende Complication — Ausfall der inspiratorischen Ansaugung der Stimmbänder eingestührt habe — seine Experimente wiederholt bei intacter Trache a und ist dabei genau zu denselben Resultaten gekommen wie vorher.

Wie vorauszusehen war, stehen sich hier Behauptungen und Behauptungen gegenüber, und es ist abzuwarten, wie sich Grossmann von den zum Theil sehr schweren Vorwürfen wird reinigen können.

Peltesohn.

497) F. Sano: Les localisations motrices dans la moelle lombo-sacrée. — Belgische Gesellschaft für Neurologie, Sitzung vom 26. Juni 1897.

Untersuchungen mit der Nissl'schen Methylenblanfärbung an krankhaft veränderten Rückenmarken zum Zweck der Muskellocalisation im Lumbosacralmark. 5 Fälle, 4 mal handelt es sieh um Amputation bezw. Exarticulation des Beins wegen chirurgischer Erkraukung, 1 mal um einen Tumor im Cervicalmark. Die Schlussfolgerungen, welche der Verfasser aus seinen Präparaten zieht, erscheinen theilweise etwas weitgehend. Der erste Fall (schwere tuberkulöse Eiterung am Oberschenkel, Amputation des Beins wegen Allgemeininfection, Tod 6 Stunden nach der Operation, Section 19 Stunden nach dem Tod) ist für Untersuchung von Zellveränderungen im Rückenmark ganz ungeeignet. Meist wurde die Section zu spät (19, 21, 18, 14 Stunden nach dem Tode) vorgenommen, um Leichenveränderungen mit Sicherheit ausschliessen zu können. Verfasser glaubt Folgendes nachgewiesen zu haben: Die periphere Schädigung des Axencylinders führt (à distance) zu Veränderungen im entsprechenden Zellkörper. Die Melectomie erzeugt Zellveränderungen in denjenigen Bückenmarkssegmenten, welche die amputirten Glieder innerviren. Auch für die centralen Neuronen gilt das Gesetz, dass anatomische oder functionelle Alteration des Axencylinders Veränderungen im zugehörigen Zellkörper erzeuge. Im oberen Theil des 4. Sacralsegments entsteht eine Zellsäule, welche weiterhin den dorsalsten Theil der lateralen Kerne einnimmt und mit einigen Variationen in Form und Unterabtheilungen bis zum 5. Lumbalsegment aufsteigt. Sie innervirt die Muskeln des Fusses und Unterschenkels. Im oberen Theil des 2. Sacralsegments erscheint in der vorderen Partie der seitlichen Zellgruppen eine kleine Zellsäule, die sich bis zum 1. Sacralsegment rasch verbreitert und bis zum oberen Theil des 5. Lumbalsegments heraufreicht; sie innervirt die Gesässmuskeln. Etwas nach aussen von diesem Kern entsteht ein anderer im Niveau des 4. Lumbalnerven; er reicht, immer lateral aussen gelegen, bis zum 2. Lumbalsegment, innervirt den Quadriceps femoris; nach innen davon liegt wahrscheinlich der Kern für die Adductoren und die Obturatorii. Der Kern für die Bauchmuskeln beginnt im vorderen äusseren Winkel des Vorderhorns des 1. Lumbalsegments und setzt sich nach oben weiter fort.

Die Untersuchungen von Sano sind der Nachprüfung bedürftig. Gaupp (Breslau). 498) Zappert: Ueber Muskelspasmen bei schweren Säuglingskrankheiten und deren Beziehung zu anderen Erkrankungen des kindlichen Rückenmarks. (Wiener klin. Wochenschr. 1897, 27.)

Bei schweren Erkrankungen kleiuer Kinder treten nicht selten spastische Erscheinungen an den Extremitäten auf, die mitunter auch mit Paresen vergesellschaftet sind. Dieselben bieten eine ungunstige Prognose, können jedock schon viele Wochen vor dem Tode bestehen. Wahrscheinlich bernhen sie auf septischer Grundlage, da sie besonders bei Darmoatarrhen, Pneumonien, Nabelentzundung etc. beobachtet wurden. Verfasser theilt kurz 2 hierher gehörige Fälle mit, von denen der erste ausgedehnte Spasmen aller Extremitäten, der zweite Tetaniestellung beider Hände und Lähmungen der Beine zeigte. Die Untersuchung des Rückenmarks mit Marchi nad Nissl ergab Erkraukung der Vorderhornzellen und der vorderen Warzel. Verfasser berichtet nun weiter über ca. 100 Fälle von Rückenmarksbefnnden solcher Kinder, die an acuten Krankheiten gestorben waren, ohne dass intra vitam spastische Erscheinungen beobachtet wurden. Er constatirte auch hier sehr oft Ergriffensein der Vorderhornzellen und vorderen Wurzeln, wenn auch nur geringen Grades. Nach seiner Ansicht handelt es sich hier um den gleichen Process, der nur graduelle Verschiedenheiten darbietet. Hervorgerufen ist er in allen Fällen durch ein toxisch wirkendes Gift, welches durch Vermittelung der vorderen Rückenmarksarterie besonders leicht den Vorderhörnern zugeführt wird. Während im leichtesten Falle dieser Läsion gar keine klinischen Symptome bestanden, treten in schwereren Fällen tetanische Zustände ein; die nächste Stufe stellen bleiben le Muskelspasmen mit Lähmungen dar und schliesslich vermuthet der Verfasser, dass der höchste Grad dieser toxischen Rückenmarksläsion durch die Poliomyelitis dargestellt werde. Lehmann (Werneck).

499) M. Nonne: Ueber Degenerationsherde in der weissen Substauz des Rückenmarks bei Leukämie.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 10. Bd., 3. u. 4. H.)

Nonne, der bei perniciöser Anämie schon mehrfach Degenerationen im Rückenmark nachweisen konnte, fand ähnliche Veränderungen bei zwei Fällen von Leukämie, die intra vitam keinerlei Zeichen von Nervenerkrankung darboteu. Die Degenerationen bestanden in meist sehr kleinen Herden von acut myelitisch veränderter Nervensubstanz, die mit Verschonung der grauen Substanz unsymmetrisch auf den Querschnitt vertheilt in verschiedenen Rückenmarkshöhen lagen. Eine Infiltration mit Rundzellen und Alteration der Gefässe fehlte. Den Mangel klinischer Symptome erklärt der Verfasser durch die Kleinheit der Herde.

J. Müller (Würzburg).

500) E. Biernacki: Myelopathia endoarteriitica acuta nebst Bemerkungea über die Druckempfindungslähmung.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 10. Bd., 3. u. 4. H.)

Unter obigem Namen beschreibt B. 3 Fälle von Rückenmarkserkrankung, die kliuisch unter dem Bilde der Myelitis transversa acuta verliefen und

sämmtlich 8 - 20 Tage nach dem Beginn des Leidens durch Septicopyämie zu Grunde gingen.

Bei der anatomischen Untersuchung fanden sich im ersten Falle disseminirte echt entzundliche Herdchen, im zweiten nur geringfügige Veränderungen der weissen Substanz, im dritten eine Hyperamie. Ausserdem bei allen obliterirende Endoarteriitis der Pia-Arterien und . Venen.

Zum Schluss spricht Verfasser noch eingehend über die von ihm als Druckempfindungslähmung früher beschriebene Sensibilitätsstörang, bei der es sich um eine verschieden starke Beeinflussung der einzelnen Gefühlsqualitäten durch länger dauernden Druck auf die zugehörigen Nervenstämme J. Müller (Würzburg). handelt.

501) Jaccoud: Sur un cas de myélite aiguë. (Semaine médicale 1897, Bd. 17, S. 271.)

52jähriger Mann, Bohnerer, der bis dahin angeblich stets gesund gewesen sein und von gesunden Eltern abstammen will, im Uebrigen auch das Bild einer strotzenden Gesundheit bot, verspürte eines Abends, als er auf dem Impériale eines Omnibus sass, ziemlieh plötzlich ein sehr unangenehmes Kältegefühl. Die darauffolgende Nacht und auch den anderen Morgen fühlte er sich noch ganz leidlich wohl, konnte in früher Morgenstunde noch in ganz normaler Weise uriniren. Im Laufe des Nachmittags wurde ihm das Urinireu beschwerlich, so dass er sich am nächsten Morgen selbst katheterisirte. Im Verlaufe desselben Tages wurden ihm die Unterextremitäten mehr und mehr schwach und schliesslich ganz gelähmt. 40 Stunden nach der Erkältung war die Paraplegie vollständig. Darauf blieb dieselbe unverändert weiter bestehen. Ausserdem stellte sich auch eine hartnäckige Verstopfung ein und am 3. Tage zeigten sich am rechten Bein kleine wunde Stellen, die an Dimensionen zunahmen.

Zu dieser Zeit trat der Kranke ins Spital ein. Die Untersuchung ergab: Vollständige Paraplegie, drei ziemlich grosse Schorfe an der Planta pedis, über dem Trochanter und auf der Hinterbacke rechterseits, Sensibilität in jeder Hinsicht intact, Sehnenreflexe geschwunden, die übrigen Reflexe erhalten, vollständige Urinretention, dabei eitriger Urin (das letztere zweifelsohne durch Ausseninfection in Folge des von einem Freunde entliehenen Katheters bedingt); die Untersuchung der übrigen Organe ergab ein negatives Resultat. Die Diagnose wurde auf Hämatomyelie gestellt.

Als Ursache schuldigt Verfasser die Erkältung an. Er führt aus, dass in dem vorliegenden Falle gerade das Lendenmark ergriffen worden ist, weil dieses in Folge der Beschäftigung des Kranken gleichsam den Locus minoris resistentiæ bot. Die Erscheinung, dass Sensibilitätsstörungen absolut fehlten, trotzdem doch trophische Störungen (Centrum derselben in der grauen Substanz der Hinterhörner, Leitung durch die hinteren Wurzeln) dentlich vorhanden waren, erklärt sich Verfasser dadurch, dass, wie die Versuche von Brown-Sequard und Schiff gelehrt haben, bei Zerstörung der hinteren grauen Substanz die weissen Hinterstränge die sensible Function übernommen hätten.

Die Läsion nahm bei dem Kranken einen aufsteigenden Character an: Steifigkeit im Rücken, Lähmung der Arme und des Respiratonscentrums, Digitizagley GOOGLE

Tod. Die Section ergab das Vorhandensein eines Erweichungsherdes von 7 cm Ausdehnung in der Dorsolumbalregion. Von Hämorrhagie war keine Spur vorhanden. Die bacteriologische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Staphylokokken und Streptokokken. Alle Eingeweide waren absolut gesund.

Buschan.

502) J. Hoffmann: Weiterer Beitrag zur Lehre von der hereditären progressiven Muskelatrophie im Kindesalter, nebst Bemerkungen über den fortschreitenden Muskelschwund im Allgemeinen.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 10. Bd., 3. u. 4. H.)

H. bringt in dieser Arbeit weitere klinische und anatomische Belege zur Characteristik des von ihm 1893 beschriebenen Krankheitsbildes. nach findet sich in einzelnen Familien, manchmal in erschreckender Häufigkeit, eine progressive Muskelatrophie, die im frühesten Kindesalter am Beckengürtel beginnt, dann vom Stamm gegen die Extremitätenenden fortschreitet und im Verlauf weniger Jahre zum Tode führt. Die Sehnenreflexe sind aufgehoben, fibrilläre Zuckungen feblen regelmässig. Die Muskeln zeigen manchmal Entartungsreaction. Die Sensibilität und die Sphincteren bleiben intact. Die anatomischen Veränderungen bestehen in starker Degeneration der Vorderhornganglienzellen, geringer Veränderung der peripherischen Nerven, Degeneration der Pyramidenseitenstränge, der Türk'schen und eines Theils der Seitenstranggrundbundel und einfacher Muskelatrophie in allen Stadien. Aus dem Schlusskapitel ersieht man mit Bedauern, dass die endgültige Classification der einzelnen Formen progressiver- Muskelerkrankung selbst unter den berufensten Autoren noch ein pium desi-J. Müller (Würzburg). derium bildet.

503) Kalischer: Ueber Amyotrophien bei Tabes, Paralyse und Hinterstrangserkrankungen.

(Monatsschr. f. Psych. u. Nervenkr. I, 168 ff.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Tabes, bei welchem gleichzeitig eine degenerative Atrophie des linken Daumenballens bestand. liuke Daumenballen ist völlig abgeplattet, die Beugung und Opposition des Danmens ist erschwert. Die electrische Untersuchung ergiebt: bei directer und indirecter faradischer Reizung träge und wurmförmige Zuckung im Opponens pollicis, während der Flexor pollicis brevis und Abductor pollicis brevis weder direct noch indirect faradisch erregbar sind; bei galvanischer Reizung vom Nerven aus: träge Zuckung im Opponens pollicis als KSZ; weder An SZ noch An OZ; bei directer galvanischer Reizung: minimale trage KSZ im Opponens pollicis, An S und An O wirkungslos. Alles andere Keine Sensibilitätsstörung an den Armen. Der Zustand ändert sich während 4 Monaten nicht. Die Frage, ob Neuritis im Gebiete des linken Medianus oder beginnende spinale Muskelatrophie als Complication der Tabes vorliege, wird vom Verfasser nicht entschieden, doch hält er Neuritis für wahrscheinlicher. (? Ref.)

Der übrige Theil der Arbeit enthält nichts Bemerkenswerthes.

Gaupp.



504) Kalischer: Ueber die bei Tabes dorsalis auftretenden syphilitischen und trophoneurotischen Veränderungen der Haut und anderer Organe.

(Dermatologische Zeitschrift von Prof. Dr. Lassar 1897.)

Kalischer berichtet über eine Kranke, welche etwa 19 Jahre nach erfolgter luetischer Infection, in deren Folge sie mehrfach abortirte, an typischer Tabes erkrankt und 3 Jahre später die ersten manifesten Zeichen der Lues in Form eines tuberösen, bald annullären, bald serpiginösen Syphilis aufweist. Verfasser hält dieses Zusammentreffen von Tabes mit Symptomen manifester Lues für kein rein zufälliges; er führt ähnliche klinische Beobachtungen anderer Autoren an und weist auf die Resultate pathologisch-anatomischer Befunde hin, welche darthun sollen, dass die Tabes gar nicht selten mit visceraler Syphilis, bisweilen auch mit specifischen syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute zusammen gefunden werde. Die weiteren Ausführungen des Verfassers über die Differentialdiagnose zwischen Tabes und Rückenmarkssyphilis. über die Aetiologie und Therapie der Tabes, über trophische Störungen bei Tabes und Syringomyelie bieten dem Neurologen (der Vortrag ist in der dermat ologischen Gesellschaft gehalten worden) nichts Neues.

Gaupp.

505) H. Ruge und W. Büttner: Ueber Tabes und Aorteninsufficienz. (Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 35.)

Unter 138 Fällen von Tabes der II. medicinischen Klinik der Charité fanden sich in 8,7% ogleichzeitig Herzklappenfehler und zwar 6,5% Aorteninsufficienz, in einem Falle Aortenstenose und in 2 Fällen Mitralinsufficienz, in 2 Fällen bestand ausser der Aorteninsufficienz noch Aortenaneurysma. Die Procentzahl der Aortenfehler war bei den tabetischen Männern genau ebenso gross wie bei den Franen. Auffallend war, dass sich der Herzfehler meistens erst nach vollständiger Ausbildung der tabetischen Erscheinungen zeigte und in mehreren Fällen nicht die geringsten Symptome verursachte.

In der Mehrzahl der Fälle war Lues voransgegangen, sicher war dieselbe in 5 Fällen, in 6 weiteren wahrscheinlich, nur in 1 Falle fanden sich keinerlei Anzeichen von Lues. Indem die Verfasser auf in der Litteratur niedergelegte analoge Beobachtungen hinweisen, glauben sie, im Gegensatz zu Leyden, das so häufige Zusammentreffen beider Affectionen nicht für zufällig halten zu dürfen, sie nehmen an, dass beide Krankheitsformen in der Lues ihre gemeinsame Ursache haben. Was die Aortenfehler betrifft, so mehren sich die Arbeiten, welche die Lues in directeste ursächliche Beziehungen zu den Aneurysmen setzen.

506) R. Hirschberg: A propos du phénomène plantaire dans le tabes dorsalis.

(Revue neurologique Nr. 14, 1897.)

Polemische Bemerkungen gegen die Ausführungen Raschline's und die Aeusserungen Oppenheim's, welcher in einem Schreiben an P. Marie die Priorität der Beschreibung des Hirschberg'schen Plantarphänomens für sich in Anspruch nahm.

L. Löwenfeld.

507) Oppenheim: Ein Fall von Wirbelsäulecaries mit ungewöhnlichem Verlauf. — Demonstration in der Berliner medicinischen Gesellschaft, 21./X. 1896.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 47.)

Der jetzt 15jährige Knabe erkrankte 7 Jahre alt an einer Brustfellentzundung mit consecutiver Eutzundung der Wirbelsäule. Dieselbe führte allmählich zu einer erheblichen Difformität und gleichzeitig stellten sich Schwäche der Beine, Gefühlsstörung, Gürtelgefühl und Blasenschwäche ein. Die Parese der Beine nahm allmählich bis zur vollständigen Lähmung zu. Es handelte sich also um eine abgelaufene Spondylitis mit Compression des Rückenmarkes. 1894, nach über fünfjährigem Bestehen des Leidens, führte eine versuchsweise von O. eingeleitete galvanische Behandlung überraschender Weise zu einer allmählich zunehmenden Besserung der Lähmung, so dass der Kranke jetzt selbst grössere Wegestrecken allein zurücklegen kann.

O. schreibt neben der Electricität auch der Pubertätszeit eine gewisse Bedeutung bei dieser auffallenden Besserung zu. Hoppe.

508) Sonnenburg: Geheilter Halswirbelbruch. — Vortrag in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins 11./XI. 1895.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 26.)

Der Bruch in Folge eines Sturzes aus der 3. Etage auf den Kopf bestand wahrscheinlich in der Abreissung der Bandscheiben des 5. Halswirbels mit einem Stück des Wirbelkörpers und ausgedehnter Bänderzerreissung. Bemerkenswerth war die sehr geringe Betheiligung des Rückenmarks. Motilität frei, nur Verlangsamung der Bewegungen und Schluckbeschwerden, Sensibilität nur in der Mitte des Oberarmes und an beiden unteren Extremitäten herabgesetzt, Gefühl von Ameisenlaufen in beiden Beinen und pelziges Gefühl in den Händen, ausserdem Gefühl, als schwebten die Beine in der Luft. Nach wochenlanger Behandlung langsamer allmählicher Wiedereintritt der Sensibilität. Deutlicher spastischer Gang. Nach der Heilung des Bruches bestand noch geringer Spasmus bei Bewegunges der Beine und Unmöglichkeit, Bewegungen auf Commando schnell auszuführen.

S. betont, dass dieselbe Bruchform das eine Mal mit schweren, das andere Mal ohne Complicationen von Seiten des Rückenmarks vorkomme, und dass man in Bezug auf Prognose und Behandlung solcher Verletzungen nicht vorsichtig genug sein kann.

Hoppe.

509) L. R. Müller: Ueber einen Fall von Tuberkulose des oberen Lendenmarks mit besonderer Berücksichtigung der secundären Degenerationen.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 10. Band, 3. und 4. Heft.)

Es wird die klinische und anatomische Beschreibung einer solitären Tuberkulose im oberen Lendenmark geliefert. Sehr bemerkenswerth ist, dass in diesem Fall sich eine lang außteigende Degeneration in den Grundbündeln der Seitenstränge fand, was bekanntlich bei Querschnittsläsionen nicht beobachtet wird, obwohl die neueren anatomischen Untersuchungen diese Bahn als centripetal erkannt haben, so dass man ihre Entartung bei Querschnittsläsionen eigentlich regelmässig erwarten sollte. Nach der Ansicht des Verfassers wird bei den häufigsten Querschnittsläsionen, den Com-

pressionen, die Ursprungsstätte dieser Bahnen, die Hinterhornsubstanz meist nicht genügend geschädigt, um eine aufsteigende Degeneration zu veranlassen. J. Müller (Würzburg).

Neurosen.

510) V. v. Holst: Ueber die besondere Form von Hysterie, wie sie in allgemeinen Krankenhäusern zur Beobachtung kommt. (Separatabdruck.)

Der Verfasser ist durch das reiche Material an Hysterischen, das er in der Nervenabtheilung des Stadtkrankenhauses in Riga, sowie in der Privatpraxis und seiner Privatheilanstalt für Nervenkranke zu beobachten Gelegenheit hatte, zu der Ueberzeugung geführt worden, dass für die Gestaltung der Hysterie der Bildungsgrad des Patienten von wesentlicher Bedeutung ist und man daher 2 Formen der Krankheit unterscheiden kann: die Hysterie der Gebildeten und die Hysterie der Ungebildeten. Es erklärt sich dies aus dem Umstande, dass die Ursachen der Hysterie psychogene Vorgänge sind, welche bei ungebildeten Kranken zu anderen Folgen führen müssen als bei Gebildeten. Die Analyse der Gestaltung der einzelnen Fälle befestigte bei dem Verfasser auch die Anschauung, dass es nicht richtig ist, Zustände psychischer Defecte, wie Degenerirtheit, Minderwerthigkeiten, Schwachsinn etc. als wesentliche Theilerscheinungen der Hysterie zu erklären. "Es giebt gewiss Degenerirte, psychopathisch Minderwerthige, Entartete, die hysterisch sind, es giebt aber ebenso gewiss sehr intelligente und von Hause aus psychisch normal beanlagte Menschen, die hysterisch sind Also, die psychischen Defecte sind nicht ein Characteristicum, sondern eine häufig vorkommende Complication bei der Hysterie."

H. hält auch die Bezeichnung der Hysterie als Psychose für durchaus nicht zatreffend, weil, wie schon von anderer Seite hervorgehoben wurde, das rein psychische Moment der Entstehung der Erkrankung nicht massgebend zu sein braucht für die Erscheinungsform, die Symptomatologie der Erkrankung.

H. unterscheidet folgende 4 Typen des psychogenen Vorgangs bei der Entstehung der Krankheit:

- 1. Das psychische Trauma als einzige directe Ursache der Hysterie kann bei mehr oder weniger vorhandener Anlage, sei es hereditäre Belastung oder erworbene Disposition, unmittelbar als abnorme Reflexwirkung auf den Körper das rein somatische Krankheitsbild der Hysterie ohne irgend welche psychische Störung hervorrufen.
- 2. Derselbe Vorgang ruft zugleich ebenso unmitteltar neben den k\u00fcrperlichen St\u00fcrungen auch irgend eine St\u00fcrung in den psychischen Functionen hervor. Diese St\u00fcrung spielt sich im Bereiche der Gef\u00fchle, Stimmungen und Triebe ab, kann jedoch auch den Grad einer Psychose erreichen; sie bildet aber nichts f\u00fcr die Hysterie Characteristisches, sondern nur eine Erweiterung des eigentlichen Bildes dieser Krankheit.
- 3. Das psychische Trauma (die krankhafte Vorstellung) ruft unmittelbar körperliche Folgen hervor, während gewisse psychische Störungen (hysterischer Character, Egoismus etc.) sich erst allmählich bei dem

hysterisch gewordenen Individuum heraasbilden. Auch hier kann die psychische Anomalie den Grad einer wirklichen Psychose erreichen.

4. Das psychische Trauma, welches hier meist nicht ein plötzlich und intensiv, sondern allmählich und anhaltend einwirkendes ist, hat unmittelbar gar keine Folgen, hinterlässt dagegen einen allmählich verderblich wirkenden Seelenzustand, einen schweren inneren Conflict. Gelangt dieser nicht zum Austrage, so kann, wie bei Typus I, eine Umsetzung in das Körperliche erfolgen, wodurch die Hysterie zum Ausbruch kommt, die dann wieder die sub III erwähnten Folgen im psychischen Leben haben kann. Der innere Conflict kann aber auch mit Ueberspringung der Conversion in das Körperliche direct zu einer mehr oder minder tief gehenden psychischen Störung führen.

Die vergleichende Beobachtung hat den Verfasser gelehrt, dass die in ihrer Genese dem Typus I entsprechenden Fälle fast ausschliesslich bei Ungebildeten, bei Gebildeten dagegen nur ausnahmsweise, die dem Typus IV entsprechenden Fälle ausschliesslich bei gebildeten Kranken vorkommen, die Typen II und III dagegen sowohl bei Ungebildeten als bei Gebildeten sich finden. Zur Illustrirung der 4 Typen wird eine Auzahl von Fällen

aus der Praxis des Verfassers mitgetheilt.

Bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Typen bemerkt H., dass bei Ungebildeten diejenigen Formen der Hysterie, bei welchen das somatische Krankheitsbild in unmittelbarem Anschluss an das psychische Trauma sich entwickelt, bei weitem in der Mehrzahl vorkommen, in einer Minderzahl diejenigen mit gleichzeitiger unmittelbarer Betheiligung der psychischen Functionen und in noch geringerem Procentverhältnisse die mit secandär auftretenden Abnormitäten. Der Typus IV, welcher bei Ungebildeten gar nicht vertreten ist, wird bei Gebildeten am häufigsten beobachtet. Unterschied in der Hysterie Gebildeter und Ungebildeter lässt sich also dahin kurz zusammenfassen, "dass die psychische Seite, die in der Patbogenese die Hauptrolle spielt, auch im klinischen Bilde bei den gebildeten Krauken mehr in den Vordergrund tritt als bei den ungebildeten und dass bei letzteren die Wirkung des psychischen Traumas mehr eine unmittelbare ist, während sie bei ersteren eine mehr oder weniger lange Reihe von psychischen Vorgangen durchmacht". Einen weiteren Unterschied zwischen den beiden Gruppen erblickt der Verfasser darin, dass die hereditäre Aulage als disponirendes Moment für die Entstehung der Hysterie bei den Upgebildeten von geringerer Bedeutung ist als bei den Gebildeten. Die geistige Bildung erhöht die Widerstandsfähigkeit gegen die Folgen psychischer Dementsprechend fand H., dass die Hysteria virilis bei Uagebildeten sehr viel hänfiger zur Beobachtung kommt als bei Gebildeten. Unter den im Riga'schen Stadtkrankenhause behandelten (den unteren Ständen angehörigen) hysterischen Kranken waren fast 200 on unter den gebildeten Hysterischen der Privatpraxis des Verfassers nur ungefähr 10% Männer. Die grössere Disposition des weiblichen Geschlechts zur Hysterie ergiebt sich aus diesem Materiale ebenfalls in sehr prägnanter Weise.

Bei den beiden Gruppen ist aber auch nach der Ansicht des Verfassers die Prognose der Hysterie verschieden; dieselbe wird entsprechend der Reihenfolge der unterschiedenen 4 Typen immer schlechter; Typus I,

welcher das Hauptmaterial der allgemeinen Krankenhäuser bildet und zu welchem auch die Hysterie der Kinder zu rechnen ist, giebt die beste Prognose, Typus IV die schlechteste. Die Prognose der Hysterie der Ungebildeten ist also im Allgemeinen günstiger als die der Gebildeten.

Auch die Behandlung der beiden Gruppen muss sich nach Holst's Ansicht in wesentlichen Beziehungen unterscheiden. Nicht nur die Art der psychischen Therapie, die auch nach H. die Hauptrolle bei der Behandlung der Hysterie spielt, sondern auch der Grad, in welchem diese Therapie anwendbar ist, differirt in beiden Gruppen und insbesonders in den Typen I und IV. Die psychische Behandlung soll bei den Kranken des Typus I eine viel geringere Bedeutung baben als bei denen des Typus IV und unter Umständen auch gar nicht oder nur in ganz indirecter Form anwendbar sein (larvirte Suggestion); eine Ausnahme von dieser Regel giebt der Autor bezüglich der Hypnose zu, sofern die Anwendung dieser bei Ungebildeten, die für erziehliche Beeinflussung weniger zugänglich sind als Gebildete, mehr Berechtigung hat und auch wegen ihrer rein symptomatischen Wirkung bei Typus I, wo die einzelnen Symptome die Hauptrolle spielen, besonders am Platze ist. Die therapeutische Berücksichtigung der einzelnen Symptome hält der Verfasser im Allgemeinen zwar für zwecklos und selbst schädlich, weil dadurch die Aufmerksamkeit des Patienten auf die betreffende Störung unausgesetzt gerichtet wird, doch gesteht er zu, dass dieselbe bei den ungebildeten Kranken meist einen sehr wesentlichen Factor der Behandlung bildet, was bei gebildeten Kranken nur ausnahmsweise der Fall ist.

Die auf reicher Erfahrung fussende Arbeit des Autors bezeichnet unzweiselhaft einen wesentlichen Fortschritt in unserer Kenntniss der hysterischen Zustände und verdient allseitige Beachtung. Soweit es sich um die Unterscheidung der 4 Typen der Krankheitsgenese und deren Vorkommen bei Gebildeten und Ungebildeten handelt, wird man den Ausführungen Holst's jedenfalls in der Hauptsache beipflichten müssen, dagegen scheint dem Referenten die prognostische Auffassung der 4 Typen und der Hysterie der Gebildeten und Ungebildeten im Allgemeinen nicht einwandfrei. An sich ist die Hysterie der Ungebildeten, soweit die Erfahrungen des Referenten reichen, kaum auffallend weniger hartnäckig als die der Gebildeten, und wenn die hysterisch erkrankten Arbeiter, Dienstmädchen etc. in den allgemeinen Krankenhäusern leichter geheilt werden, als die in der Privatpraxis behandelten gebildeten Hysterischen, so liegt der Grund nicht lediglich in der verschiedenen Genese und Gestaltung der Fälle bei beiden Gruppen. Von wesentlicher Bedeutung ist auch der Umstand, dass die hysterisch Erkrankten der unteren Volksschichten die für ihren Zustand erforderliche psychische Beeinflussung durch Isolirung und therapeutische Massnahmen finden, was bei einem grossen Theile der in der Privatpraxis behandelten Hysterischen nicht der Fall ist. Auch gegen die therapeutischen Anschauungen des Autors erheben sich gewisse Bedenken. Es ist dem Referenten unklar geblieben, weshalb bei den Kranken des Typus I die psychische Behandlung eine viel geringere Bedeutung als hei Typus IV haben und unter Umständen überhaupt nicht anwendbar sein soll. Vielleicht hat sich der Verfasser hier nur etwas unklar ausgedrückt und die Meinung aussprechen wollen, dass, was er in erster Linie als psychische

Therapie betrachtet, persönliche Beeinflussung und Erziehung im weitesten Sinne bei Typus I nur in geringem Maasse oder überhaupt nicht Anwendung finden kann. Was dagegen die Frage anbelangt, ob und inwieweit einzelne Symptome bei der Behandlung zu berücksichtigen sind, so ist deren Entscheidung wohl nicht lediglich von dem Bildungsgrade des Patienten, sondern auch von der Art und Dauer der Symptome abhängig zu machen. Handelt es sich um länger bestehende Zufälle, die für den Kranken sehr beschwerlich und für dessen Gesammtzustand von ungünstigem Einflusse sind, so wird man bei Gebildeten wie bei Ungebildeten kaum umhin können, dagegen mit speciellen Maassnahmen vorzugehen, währeud flüchtige und untergeordnete Beschwerden auch bei Ungebildeten keine besondere Berücksichtigung erheischen.

511) Löwenfeld: Ueber einen Fall von hysterischem Somnambulismus. (Zeitschrift für Hypnotismus, VI, 3)

Mit scharfen Worten wendet sich Löwenfeld gegen die Lehre von dem sogenannten "hysterischen Character" der Hysterischen. Er wiederholt seine schon früher ausgesprochene Ansicht, dass der "hysterische Character" - Launenhaftigkeit und Unbeständigkeit, fortwährendes Schwanken der Stimmung, daneben crasser Egoismus, Hang zur Uebertreibung, Simulation und Luge, extreme Empfindlichkeit - mit der Hysterie nichts zu thun habe, sondern da, wo er sich ausnahmsweise finde, eine Complication der Hysterie darstelle und als Zeichen psychopathischer Degeneration aufzufassen sei. Löwenfeld macht namentlich gegen Böttiger in Hamburg Front, der seinerzeit von dem geistigen Habitus der Hysterischen eine allerdings grauenerregende Schilderung entworfen hatte, und bringt als Beweis für den vortrefflichen Character mancher an Hysterie leidenden Frauen eine ausführliche Beschreibung einer hysterischen Somnambuliu, deren Aufrichtigkeit, strenge Wahrheitsliebe, hochentwickeltes Ehrgefühl und vollkommene Selbstlosigkeit unzweifelhaft sei und die selbst in den grandes attitudes passionelles ihrer Anfälle stets das Decorum gewahrt habe. Man kann sich bei der Lecture der Krankengeschichte des Eindrucks nicht erwehren, als ob Lowenfeld in mancher Beziehung, namentlich bezüglich der Ernsthaftigkeit der immer wiederholten, aber stets erfolglosen, offenbar sehr wenig energischen Selbstmordversuche der Kranken einem etwas weitgehenden Optimismus huldige. Der Autor fühlt sich selbst veranlasst, die auffällige Ungeschicklichkeit, welche die gebildete Kranke bei den Vorbereitungen des Conamens an den Tag legte, zu motiviren, indem er auf die "Beschränkung der associativen Thätigkeit" im somnambulen Zustaad hinweist. Man braucht nicht "grundliche Unwissenheit", wie sie der Verfasser der gegnerischen Ansicht vorwirft, zu besitzen, um den Fall, selbet in der von Lowenfeld gegebenen Darstellung, etwas anders zu beurtheiles. Aber abgesehen hievon hat Löwenfeld wohl sicherlich Recht, wenn er betont. dass die oben erwähnte Characterentartung kein integrirender Bostandtheil jedes Falles von Hysterie sei. Wer viele Hysterische kennen gelernt hat, wird auch manche gefunden haben, welche der Lowenfeldschen Ehrenrettung würdig erscheinen. Aber man sollte das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. Man muthe uns vor Allem nicht zu, die Hysterie

gewissermassen als eine Differenzirung nach oben zu betrachten. Und wäre sie das nicht, wenn Löwen feld's Behauptung Recht hätte, dass Hysterische ihren Pflichten als Töchter, Gattinnen und Mütter "mit demselben "Eifer und mitunter sogar mit grösserer Aufopferung als Nicht"hysterische unter den gleichen Verhältuissen genügen?" Mit derartigen Uebertreibungen wird eine an sich gute Sache nur discreditirt.*) Ausserdem ist es doch ein recht missliches Ding mit der categorisch hingestellten Unterscheidung von Symptomen der Hysterie und solchen der psychopathischen Belastung. Die Hysterie ist eben in sehr vielen Fällen der Ausdruck einer psychopathischen Belastung und es wird dann Sache der Willkur, ob man die gleichzeitigen Anomalien des psychischen Habitus als Theilerscheinung der Hysterie oder als etwas Selbstständiges betrachten will. Der "hysterische Character" ist bei den Hysterischen jedenfalls häufiger zu finden als bei anderen Degenerirten und a potiore fit denominatio.

Gaupp.

512) L. Löwenfed: Ueber die Krankenpflege hysterischer Personen. (Berlin 1896)

Charcot's eindringliche Empfehlung der Isolirung Hysterischer als wesentliches therapeutisches Moment batte zur Folge, dass man die Entfernung der Kranken aus ihrer gewöhnlichen Umgebung und ihre andauernde Absonderung als eine Art Specificum für die Behandlung der Hysterie auffassen lernte. L. ist für die Verallgemeinerung dieses Heilverfahrens nicht eingenommen. Er hält die Anstaltsbehandlung der Hysterischen nur dort für nothwendig, wo es sich um eine eigentliche Geistesstörung, um Complicationen mit Psychosen oder um schwere Anorexie handelt. In diesem Falle müsse aber der Patient stets in einer geschlossenen Anstalt untergebracht werden. Sonst leiste die ambulante Behandlung dasselbe, wie die Nerven- oder Wasserheilanstalt: "Die positive psychische Behandlung hängt ganz von der Befähigung und dem guten Willen des behandelnden Arztes ab und ist an keine Localisation gebunden." Nur dort, wo gewisse für eine gedeihliche häusliche Kur ungünstige Factoren vorlägen, thue man besser, die Verbringung des Kranken in eine offene Anstalt vorzuschlagen, so z. B. bei roher Behandlung oder ungerechtfertigter Bemitleidung oder Besorgniss seitens der Umgebung, besonders bei jugendlichen Patienten, oder bei Kranken, welche sich durch ihren crassen Egoismus gegenübar Hausgenossen und Angehörigen selbst am meisten schaden, oder solchen, die sich in allzu grosser Hingabe oder ängstlicher Gewissenhaftigkeit aufzureiben drohen.

Die Gefährdung des Erfolges einer ambulanten Kur durch eine unverständige Umgebung wird um so geringer sein, je mehr es gelingt, diese davon zu überzeugen, dass namentlich auf die erhöhte Suggestibilität und

^{*)} Ich möchte mir erlauben, aus der älteren Litteratur in dieser Beziehung an Legrand du Saulle's Schilderung des enorm gesteigerten Altruismus vieler hysterischer Frauen zu erinnern, der so oft zu colossaler Aufopferung führt, und an Lombroso's Behauptung, dass viele heiliggesprochene Schwärmerinnen (Theresa, Katherina) hysterisch waren.

Emotivität der Kranken — von einzelnen ganz bestimmten Fällen abgesehn — stets sorgfältig Rücksicht genommen werden muss. Jentsch.

513) B. Onuf: Ueber pseudospastische Parese mit Tremor nach Trauma.
(Neurol. Centralblatt 1897, Nr. 8.)

Ein 40jähriger Mann, starker Trinker und Raucher, wurde durch einen Schlag auf den Kopf 20 Minuten total gelähmt, regungs- und sprachles. Sprache und Bewegung kehrten wieder, nur die Arme blieben noch 6 Tage gelähmt, und gefählles

gelähmt und gefühllos.

Die Untersuchung ergab ausser alcoholischem Tremor ein Zittern, ähnlich dem Zittern vor Frost, besonders bei Anstrengungen und Aufregungen, reliefartiges Heraustreten fast aller Muskeln, spastischen Gang und enorme Erhöhung der Knochen-, Sehnen- und Muskelreflexe, während die Hautreflexe zum Theil fehlten.

Letzteres, sowie die Erhöhung der Patellarreflexe bildeten das Abweichende von den von Nonne und Fürstner mitgetheilten Fällen.

Wie Nonne und Fürstner deutet auch O. das Krankheitsbild als functionelle Neurose. Hoppe.

514) Ludwig Aldor: Oesophagus-Lähmung auf hysterischer Basis. (Ungar. med. Presse, Bd. 2, 1897, Nr. 39.)

51jähriger Zimmermann, vor 30 Jahren luetisch insicirt, aus einer Familie stammend, in der Nervenkrankheiten nicht vorhanden waren, siel von einem 4 Meter hohen Hausdache in die Tiese; Bewusstseinsverlust während 10 Miuuten, dann ganz unbedeutendes Nasenbluten und Kopsschmerz während mehrerer Tage. Bald darauf trat eine völlige Schluckunsähigkeit ein — der hinuntergeschluckte Bissen, desgleichen der Speichel oder getrunkenes Wasser bleiben an der von dem Krauken annähernd als "unterer Theil der Gurgel" bezeichneten Stelle stecken —, die eine Ernährung per anum nothwendig machte. Status 4 Wochen nach der Aufnahme: Das einzige subjective Symptom ist die Schluckunsähigkeit; objective Erscheinungen sind geringgradige, aber veränderliche characteristische Ataxie der unteres Extremitäten, gesteigerte Patellarreslexe und totale Unempfludlichkeit der Pharynxschleimhaut.

Die Diagnose wurde per exclusionem auf Hysterie gestellt. Der weitere Verlauf sprach zu Gunsten einer solchen Auffassung, denn am 17. Tage des Aufenthaltes in der Klinik — Behandlung bestand in künstlicher Ernährung per anum und mässiger Faradisation der Magengegend — bemerkte der Kranke auf einmal, dass er im Stande sei, seinen Mundspeichel wieder hinunterzuschlucken; auch der Versuch, Wasser und Milch zu trinken. gelang. Seitdem nährt sich der Kranke ohne alle Schwierigkeit und nimmt während des Aufenthaltes in der Klinik 7 Kilo an Körpergewicht zu.

Buschan.

515) Sanger Brown (Chicago, Ill.): Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)

(The medical Record, 17. Juli 1897.)

Man kann in Bezug auf die Symptomatologie und Aetiologie der hysterischen Aphonie wenigstens zwei gut characterisirte Typen unterscheides-

Bei dem einen ist die Aphonie eine Begleiterscheinung mehrerer anderer hysterischer Symptome, bei dem anderen das einzige Zeichen der Hysterie. In Fällen der ersten Art ist die Aphonie häufig nicht ganz rein, insofern der Kranke zeitweise einzelne Silben und Worte deutlich sprechen kann; auch entsteht sie langsam und in Absätzen. In der zweiten reinen Form erscheint die Aphonie plötzlich ohne oder auch durch eine erregende Ursache und hält eine verschieden lange Zeit in derselben Weise an. - Von den Behandlungsmethoden ist diejenige die beste, die den Kranken am leichtesten dazu bringt, seine Anstrengungen auf einen Versuch zum Phoniren zu concentriren. Hypnotismus nützt in manchen Fällen, jedoch nicht öfter, als die verschiedenen Formen der Electricität, das Drücken und Schütteln des Kehlkopfs, während der Kranke zum Phoniren angehalten wird (Oliver's Methode), das Hustenlassen mit unmittelbar folgendem Phonationsversuche u. s. w. — Wenn die von Lépine und Duval aufgestellte Hypothese richtig ist, dass Neurone im Zustande functioneller Thatigkeit sich ausdehnen, um in physiologische Berührung mit solchen anderen Neuronen zu treten, die wesentlich an einer besonderen Function Antheil haben, so könnte man annehmen, dass bestimmte Neurone wie während des natürlichen Schlafes so auch bei der hysterischen Paralyse contrahirt bleiben, so dass der zum Phoniren u. s. w. nothwendige physiologische Contact nicht zu Stande kommen kann. - Verfasser beschreibt zur Beleuchtung der hysterischen Aphonie eine Reihe von Fällen.

Voigt (Oeynhausen).

516) Schech (München): Ueber nervösen Husten. — Vortrag im ärztlichen Verein zu München 17. III. 1897.

(Berliner klinische Wochenschrift 1897, Nr. 13.)

Das Characteristischste des nervösen Hustens oder Reflexhustens, der entweder dem gewöhnlichen Husten gleicht oder nur in fortwährendem kurzen Hüsteln besteht oder von ununterbrochener Dauer und krächzendem, bellendem, pfeifendem oder schnarrendem Character ist, ist das Aufhören im Schlaf, der Mangel des Seorets und das sonstige Wohlbefinden des Kranken. Vom Centralnervensystem aus tritt er besonders häufig in der Pubertätszeit auf (Onanie), begünstigt durch neuropathische Anlage (Nachahmung), auch der hysterische Husten gehört hierher.

Der nervöse Husten kann ferner vom Ohr, von der Nase, vom Magendarmkanal, vom Uterus, von der Haut, von den Sinnesorganen ausgelöst werden. Die Behandlung besteht in der Beseitigung der Grundursache und in moralischer und psychischer Beeinflussung. – Cocainisirung kann die Diagnose erleuchten.

617) Prince Morton: Hysterie: monoculare Amblyopie, normales binoculares Sehen. (Hysterical monocular amblyopia coexisting with normal binocular vision.)

(The american Journal of the medical sciences, Februar 1897.)

Man nahm bislang an, dass die Proben zum Nachweis einer organischen Amblyopie auch verwendbar seien für den Nachweis einer hysterischen Amblyopie. Dem ist nach Prince nicht so. Zum Beweise hierfür berichtet er über 2 interessante Fälle. — Bei dem ersten Patienten war es in Folge einer mässigen Erschütterung und von Schreck zu einer typischen Hemianästhesie und Hemiplegie gekommen. Das der gelähmten Seite entsprechende linke Auge war amblyopisch, jedoch nur, wenn dieses Auge allein zum Sehen verwandt wurde, dahingegen war die Sehschärfe auch dieses Auges bei binocularem Sehact normal. Ausser der Amblyopie bestand auf diesem Auge Farbenblindheit, Gesichtsfeldeinschränkung, Polyopie, der Nahpunkt war hinaus-, der Fernpunkt hereingerückt. — Bei einem zweiten Falle bestand beim binocularen Sehen übermässige Sehschärfe, dahingegen war bei monocularem Sehen die Sehschärfe jeden Auges bedeutend herabgesetzt.

Bach (Würzburg).

518) Karl Kunn: Ueber Augenmuskelstörungen bei Hysterie. (Wiener klinische Rundschau 1897, Nr. 22, 23 und 25.)

Kunn giebt zunächst eine eingehende Beschreibung von hysterischen Bewegungsstörungen der Augen an der Hand von 4 Fällen. Bei dem ersten Falle (20jährige schwere Hysterika) bestand beiderseits Ptosis, welche die Charactere der pseudoparalytischen Ptosis besass, ausserdem Facialisparese mit den Characteren der hysterischen Lähmung. Ferner war ein sicher auf hysterischer Basis beruhender Nystagmus vorhanden, sowie wenig ausgesprochene Convergenzkrämpfe. Im Zustande der Ruhe besteht Parallelstellung der Bulbi. Es besteht kein Bewegungsdefect eines ausseren Augenmuskels. Die Bewegung der Augen ist völlig dem Willen des Patienten entzogen, sie wandern regellos und eines unabhängig von dem anderen umher, wie bei tiefem Coma. K. ist der Apsicht, dass die Augenmuskelstörungen am ehesten durch die Annahme einer Herabsetzung der corticalen Energie, durch eine mangelhafte Functionirung der Hirnrinde zu erklären sind. - Der zweite Fall (42jährige Patientin) war dadurch ausgezeichnet, dass die Krampfaufälle in den Lidern begannen, spontan auftraten und dass während der Anfälle auch Nystagmus bestand. Die Convergenzkrämpfe traten nicht in der typischer Weise auf, sondern die auf einen nahen Punkt symmetrisch eingestellten Augen irrten von dieser Blickrichtung unwillkur-Die Krämpfe dauerten nur so lange, als die Fixation eines nahen Objectes beabsichtigt wurde; mit dem Aufhören derselben verschwanden sie. Es bestand keine Beweglichkeitsbeschränkung der Augen während der Krampfanfälle. - Bei dem dritten Falle, einer 23jährigen schwer hysterischen Patientin, trat das Bild der echten Convergenzkrämpfe in besonders prägnanter Weise hervor. Die interiore Muskulatur war wie gewöhnlich an den Krämpfen betheiligt. Auffallend war das völlige Fernbleiben der Lidmuskulatur, welche sich an den Krämpfen in keiner Weise betheiligte. - Bei dem 4. Falle (30jährige Patientin) bestand eine Combination von Convergenzkrampf mit clonischen Krämpfen in der Lidmuskulatur. Ausserdem war er durch Röthung der Conjunctiven und Thränen dre Augen während des Anfalles ausgezeichnet. - Im Weiteren bespricht K. an der Hand der Litteratur die verschiedenen Formen der Augenmuskelstörungen bei Hysterie, vor Allem auch die Frage: Giebt es eine hysterische Augenmuskellähmung?

Am Schlusse seiner Arbeit restmirt K., welche Formen der Augenmuskelstörungen man bei Hysterie beobachten kann.

1. Dissociation der Augenbewegungen. Die Augen bewegen sich unabhängig von einander in ganz atypischer Weise; dabei braucht

- keine Beweglichkeitsbeschränkung im Sinne der einzelnen Muskeln zu bestehen.
- 2. Lähmungszustände. Dieselben können befallen: a) einzelue Muskeln (ihre Deutung als Lähmung ist nicht ganz sicher erwiesen); b) mit einander associirte Muskelgruppen, sogenannte Blicklähmungen.
- 3. Krampfzustände. Dieselben können befallen: a) einzelne Muskeln (spastisches Schielen), b) mit einander associirte Muskelgruppen (déviation conjugée), beide Becti mediales und die Binnenmuskulatur (Convergenzkrämpfe).
- 4. Strabismus concomitans.
- 5. Nystagmus.
- 6. Krampf. und Lähmungszustände der Binnenmuskeln der Augen.
- 7. " der Muskulatur des Lides (Blepharospasmus, Nictitatio, Ptosis pseudoparalytica etc.)

Rach.

519) Richer und Souques: Hysterisch-traumatische Rumpfoontractur. (Un cas de contracture hystéro-traumatique des muscles du tronc.

(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1897, II.)

Ein 28jähriger bis dahin gesunder Arbeiter stürzt eine Treppe etwa 20 Stufen boch hinunter. Er kann bald wieder aufstehen und ohne Unterstützung gehen, empfindet dabei nur Schmerzen im Rücken, entlang der Wirbelsäule. Als er nach 4tägiger Bettruhe zu Hause wieder aufsteht, empfindet er lebhafte Schmerzen in der Gegend des linken Schulterblattes. Um diese zu vermeiden, beugt er den Rumpf nach vorn, jeder Versuch, sich gerade zu halten, ruft ausser Schmerzen auch Beängstigung und Dyspnoe hervor. Als Patient 9 Monate nach dem Unfall in die Salpetriere kommt, ist diese feblerhafte nach vorn übergeneigte Haltung völlig constant. Dabei sind sowohl die Eticken- und Gesäss-, wie die Bauchmuskeln in tonischer Anspannung. Unterhalb des linken Schulterblattes eine Narbe, von der aus spontan Schmerzen ausstrahlen. In dieser Narbe ein hysterogener Punkt, durch dessen Berthrung und Druck es zur Steigerung der Schmerzen, Angst und Athemnoth kommt. Die durch die Hyperästhesie hedingte pathologische Haltung ist das einzige Krankheitssymptom. Die Diagnose lautet: monosymptomatische Hysterie nach Trauma. Cassirer.

520) Mingazzini: Dysphrenia hemicranica trausitoria. (Sopra una speciale sindrome emicrania.)

(Riv. sperim. di freniatria etc., XXI, fasc. 4.)

Dass Exacerbationen neuralgischer Schmerzen nicht selten mit vorübergehenden Geistesstörungen complicirt sind, wurde bisher am häufigsten bei Trigeminusneuralgien beobachtet. Verfasser veröffentlicht nun 7 Fälle, in denen im Verlaufe von Anfällen von migraine ophthalmique*) transitorische psychische Störungen auftraten.

Verfasser konnte 3 Stadien in diesem Krankheitsbilde beobachten.

1. Kopfschmerz mässigen Grades; 2. stärkerer Grad der Schmerzen und

^{*)} Das Referat einer früheren Bearbeitung dieses Gegenstaudes findet sich im Centralblatt 1894, S. 162.

Auftreten von Gesichtstäuschungen (elementare Visionen, plastische Figuren etc.) und 3. heftigster Schmerz mit folgender Geistesstörung, die einige Stunden bis 1 oder 2 Tage dauert und meist den Character manischer Erregung mit Neigung zu Zerstörungssucht und Gewaltthätigkeit hat. Derselben folgt meist völlige Amnesie an den Vorgang und eine mehr oder weniger ausgesprochene Verwirrtheit. Der Kopfschmerz ist meist bilateral, befällt die Stirngegend und breitet sich nach der Hinterhauptsgegend aus. Auch die Hallucinationen sind stets bilateral. Die Geistesstörung trat immer erst dann ein, wenn der Schmerz einen unerträglichen Grad erreicht hatte.

Verfasser betont, dass kein Grund vorhanden ist, diese Zustande unter die epileptoiden zu rechnen und bringt hierfür differentialdiagnostische Fingegen constatirt er, dass bei allen seinen Patienten hysterischneurasthenische Stigmata vorhanden waren. Die pathogenetische Ursache dieser Geistesstörung sucht Verfasser in cerebralen Circulationsstörungen. Ein Reizzustand der Duralnerven erzeuge reflectorisch einen Gefässkrampf und zwar besonders in dem von der art. cerebri profunda versorgten Bindengebiete, also in der Rinde des Cuneus und des Occipitallappens. Dadurch werde ein vermehrter Zufluss zu den benachbarten Gebieten und besonders zu den basalen Aesten dieser Arterie verursacht, welcher eine übermässige Blutversorgung der subcorticalen Centren zur Folge habe, in deven elementare Bilder entstehen. So erkläre sich das Auftreten der Gesichtstäuschungen. (Leider euthält diese Erklärung, die sich übrigens an die Meynert'sche Lehre von dem reciproken Verhältniss zwischen Hirnrindenfunction und den subcorticalen Ganglien anschliesst, manches Hypothetische. Ref.). fasser selbst giebt zu, dass diese Erklärung nicht für alle Fälle ausreiche und führt einen solchen Fall an, der als ausgesprochene Hysterie su deuten ist. Lehmann (Werneck).

521) J. B. Charcot: Beitrag zur ophthalmoplegischen Migrane. (Contribution à l'étude clinique de la migraine ophthalmoplègique.)
(Revue neurol. Nr. 8, 1897.)

Mit der ophthalmoplegischen Migräne haben sich ausser dem Vater des Verfassers (1891) in den letzten Jahren Darquier, Brissaud, Ballet und D'Alché beschäftigt; es sind bisher 31 Beobachtungen bekannt geworden, denen Charcot eine neue beifügt.

Eine 41jährige Näherin, welche am 12. Februar 1897 in die Salpätrière eintrat, litt bereits mit 16 oder 17 Jahren 6 Monate an sehr intensiven Kopfschmerzen. Im Alter von 38 Jahren stellte sich bei ihr eine liuksseitige Hemicranie ein, begleitet von geringeren diffusen Schmerzen im übrigen Kopfe, zu welchen sich nach Verlauf von 8 Tagen Lähmung des N. oculomotorius und Abducens gesellte. Die Lähmung des Oculomotorius verschwand nach 14 Tagen, die des Abducens währte 8 Monate. Während der ganzen Dauer der Ophthalmoplegie erhielt sich die Hemicranie in geringerem Grade. Hierauf 2 Jahre Wohlbefinden. Im vorigen Jahre trat wieder Hemicranie und zwar auf der rechten Seite und 2 oder 3 Tage nach dem Einsetzen derselben eine partielle Oculomotoriuslähmung auf; 6 Monate später auch wieder Lähmung des linksseitigen Abducens. Seitdem häufig Gelenkschmerzen und Muskelschmerzen und diffuser Kopfschmerz.

Bei der Aufnahme wurde rechts leichte Ptosis, Lähmung des Bectus internus, Bectus inferior und Obliquus inferior, liuks unvollständige Abducenslähmung constatirt; geringe Pupillendifferenz, die rechte etwas enger als die linke, Lichtreflex rechts fehlend, links schwach, Accomodationsreflex kräftig auf beiden Seiten, Augenhintergrund normal.

Kein Anzeichen von Lues oder Alcoholismus.

Unter Brombehandlung verlor sich die Ophthalmoplegie nach einem Monat bis auf die Lähmung des Bectus superior und die Aufhebung des Lichtreflexes rechts.

Der Verfasser kommt auf Grund der früher mitgetheilten Beobachtungen und seiner eigenen zu folgenden Schlüssen:

- 1. Die neuro-arthritische Heredität spielt bei der ophthalmoplegischen Migrane eine wichtigere Rolle, als man allgemein annimmt.
- 2. Die Ophthalmoplegie kann in jedem Alter auftreten. Die Migraneaufälle, welche derzelben vorhergehen, datiren im Gegentheil fast immer von der Kindheit.
- 3. Die Ophthalmoplegie ist nicht immer einseitig; man kann nicht einmal sagen, dass sie ausnahmsweise doppelseitig ist. Wenn sie doppelseitig ist, ist sie es gewöhnlich nicht sogleich, jeder Lähmung geht in der Mehrzahl der Fälle eine correspondirende Hemicranie vorher.
- 4. Die Lähmung kann den N. abducens wie den N. oculomotorius treffen, man hat jedoch noch keine ophthalmoplegische Migräne mit isolirter Lähmung des N. abducens beobachtet. Die Lähmung des N. oculomotorius ist nicht immer eine totale.
- 5. Die Beziehungen derselben zur gewöhnlichen Migräne erscheinen unbestreitbar.

 L. Löwenfeld.

522) Julius Donath: Beitrag zur Hemiatrophia facialis progressiva. (Wiener klinische Wochenschrift 1897, Nr. 18.)

26jähriger Maschinenarbeiter aus gesunder Familie erlitt ein leichtes Trauma in der rechten Gesichtshälfte. Einige Jahre darauf Zahnextraction und im Anschluss daran Entfernung eines grösseren Unterkiefersequesters. Seitdem allmählich fortschreitender Schwund der rechten Gesichtshälfte, besonders des Jochbeins und Unterkiefers. Die Haut ist auf der hefallenen Seite dünn, pigmentirt, auffallend trocken, wenig verschieblich, es besteht Ausfall des Kopfhaars, Herabzetzung von Tast- und Schmerzempfindung rechtsseitig auf Gesichtshaut, Conjunction, Zungen- und Nasenschleimhaut, Schrumpfung der rechten Zungenhälfte und Halsmuskulatur, gesteigerte Reflex- und electrische Erregbarkeit im Facialisgebiet.

Der Gesichtsschwund scheint durch sehr verschiedenartige Vorgänge bedingt zu werden. Oefter musste man eine Sympathicuserkrankung annehmen. Im vorliegenden Falle könne diese indes nicht in Betracht kommen; auch eine eigentliche Trigeminusaffection könne nicht vorliegen, da dieselbe Ursache zugleich lähmend und erregend (Hypästhesie und Vasoconstriction) wirken müsste, Trigeminusresection auch nie zu Gesichtsatrophie führe. D. nimmt vielmehr mit Möbius an, dass es sich hier um geinen diffusen, vom Nerven- und Gefässverlauf unabhängigen Process handelt, welcher ohne Wahl Weichtheile und Knochen zum Schwunde bringt"

und wahrscheinlich durch das Eingangs erwähnte Gesichtstrauma oder die

infectiösen Vorgänge am Unterkiefer herbeigeführt worden sei.

Ueber die Natur des vorangegangenen Entzundungsprocesses ist leider nichts Näheres mitgetheilt. Sollte es sich um eine einfache Ostitis ab alveolite purulenta gehandelt haben, so wäre die Nekrosirung eines so grossen Knochenstückes am Unterkiefer möglicher Weise als auffälliges dystrophisches Zeichen anzusehen.

Gegen die Auffassung, dass es im Körper speciell von Nerventhätigkeit ganz unabhängige plastische oder involutive Processe gebe, muss von allgemeinen organodynamischen Gesichtspunkten aus protestirt werden.

Ernst Jentsch (Turin).

523) M. Bernhardt (Berlin): Beitrag zur Lehre von dem einseitigen, isolirten (angeborenen) Gesichtsschwund.

(Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 7.)

Bei dem 7jährigen Kinde besteht seit den ersten Tagen nach der Geburt eine rechtsseitige Gesichtslähmung. Selbst starke faradische und galvanische Ströme erzeugen vom rechten Nervenstamm her keine Contractionen in den Gesichtsmuskeln. Doch reagiren M. orbicularis oris und depressor anguli oris etwas. Die Augenmuskeln sind nicht betroffen.

B. führt an der Hand der Litteratur näher aus, dass bis heute das Vorkommen einseitiger isolirter nur das Facialisgebiet betreffender augeborener Lähmungen mit Sicherheit noch nicht nachzuweisen ist.

Hoppe.

524) L. Pierce Clark (Jongea, (N.-Y.): Statistik epileptischer Anfälle. (A statistical study in epilepsy.)

(The Medic. Record, 31. Juli 1897.) Bekanntlich behauptet eine Reihe von Beobachtern, dass die epileptischen Anfälle oft in mehr oder weniger regelmässigen Perioden auftreten. Cl. konnte in 150 Fällen mit 9545 Anfällen eine solche Periodicität nicht erkennen. Ebenso wenig fand er, dass zwischen Epilepsie und Erkrankung der Geschlechtsorgane irgend ein Zusammenhang bestehe: der grösste Theil der in seiner Anstalt befindlichen Frauen war frei von solchen Erkrankungen. Ferner stellte er fest, dass die Zahl der am Tage einsetzenden Anfälle sich zu den nächtlichen verhielt wie 5: 4, - eine Erscheinung, die er daraus erklärt, dass seine meisten Kranken Abends Bromid-Chloral erhalten, wodurch der Anfall binausgeschoben werde. Endlich fand er im Gegensatze zu anderen Autoren, dass die grösste Zahl der Anfälle auf die 4. Morgenstunde, die kleinste auf die 7. Abendstunde fiel. Zur Erklärung dieser Erscheinung beruft er sich darauf, dass in den frühen Morgenstunden alle Lebenskräfte auf ihrem niedrigsten Punkte stehen und vor Allem, dass um diese Zeit das Nervensystem besonders widerstandsunfähig und geneigt zum freien Gewährenlassen der Reflexthätigkeit sei.

 ∇ oigt (Oeynhausen).



525) L. Pierce Clark (Jongea, N.-Y.): Die Anamnese Epileptischer. (Case examination in epilepsy.)

(The Medic. Record, 21. Aug. 1897.)

Verfasser wünscht im Interesse der Wissenschaft, dass alle epileptischen Kranken nach einem bestimmten, von ihm formulirten Schema untersucht werden möchten. In demselben berücksichtigt er namentlich die Familienund Personalgeschichte des Kranken, seine Erziehung, Beschäftigung und Gewohnheiten, die mögliche Ursache der Erkraukung, Beginn, Art, Dauer u. s. w. der Anfälle, die denselben folgenden oder sie begleitenden körperlichen und geistigen Zustände u. s. w. Dazu giebt er Erläuterungen, von denen hier nur auf einige aufmerksam gemacht werden soll. Da die Epilepsie als eine Nerven-Degenerations-Krankheit aufzufassen ist, so ist es nothwendig, alle erblichen Merkmale zu berücksichtigen, die auf das Vorhandensein degenerativer Zustände in der Familie bindeuten. In dieser Beziehung ist, abgesehen von Phthise, Neubildungen, rheumatischen und gichtischen Diathesen, namentlich wichtig die Trunksucht, da fast ein Drittel aller Epileptiker dem Trunke ergebene Erzeuger hat. Weniger wichtig sind dagegen Blutsverwandtschaft, Rhachitis und ungenügende Ernährung, obwohl Gowers das Gegentheil behauptet, ferner Geisteskrankheiten (jedoch ist der einer solchen Familie angehörende Epileptiker zu schnellerem geistigen Verfalle prädisponirt), Epilepsie und andere Krampf. krankheiten. - Auch auf die Erforschung der persönlichen Geschichte des Kranken ist grosses Gewicht zu legen.

Verfasser konnte in 80 von 100 Fällen, in denen die epileptischen Krämpfe in frühester Kindheit begannen, einen engen Zusammenhang mit der Zahnung oder vielleicht richtiger mit der in dieser Periode so häufigen anormalen Entwicklung feststellen. — Unter den Infectionskrankheiten scheint das Scharlachfieber für die Entstehung der Epilepsie eine sicherere und grössere Bedeutung zu haben, als alle die anderen. — Zu den eigentlichen Ursachen der echten Epilepsie gehören weder Syphilis — dieselbe erzeugt höchstens epileptiforme Krämpfe — noch Masturbation und sexuelle Excesse, wohl aber infantile cerebrale Paralyse: in 80 von 100 solchen Fällen tritt später Epilepsie ein.

Voigt (Oeynhausen).

526) Cesare Rossi (Como): Ueber die Schnelligkeit der Nervenleitung bei den Epileptikern. (Sulla velocità della corrente nervosa negli epilettici.) (Riv. speriment. di freniatr., Vol. XXIII, fasc. II.)

Aus seinen experimentellen Untersuchungen zieht Verfasser folgende

allgemeine Folgerungen:

1. Die Epilepsie verlängert in bemerkenswerther Weise die Reactionszeit, weil sie eine Abschwächung aller centralen Vorgänge verursacht, während, im Gegensatz zum normalen Verhalten, die periphere Uebertragung des Nervenstromes ein wenig beschleunigt erscheint.

2. In Folge des epileptischen Anfalles zeigt sich eine erhebliche Ver-

langsamung in den Reactionen.

3. Unter fortgesetzter Bromwirkung erfährt die Reactionszeit eine geringe Verlangsamung. Klinke (Tost) og |

527) W. H. Thomson (New-York): Pathologie und Behandiung der Basedow'schen Krankheit. (Further notes on the pathology and treatment of Graves disease.)

(New-York Medic. Journ, 10. und 17. October 1896.)

T. sucht an der Hand von 12 Fällen, die er beobachtet hat, nachzuweisen, dass der Name Goître exophthalmique für die Graves'sche oder Basedow'sche Krankheit unberechtigt ist, da sowohl die Vergrösserung der Schilddrüse als der Exophthalmus bis zum Tode fehlen resp. erst in den letzten Tagen auftreten kann und dass die Diagnose auch ohne diese beiden "Cardinalsymptome" gestellt werden kann und muss. Die constantesten Symptome der Graves'schen Krankheit sind nach T.:

- 1. Verdauungsstörungen, die in schwereren Fällen zu ausgesprochener Abmagerung führen und in der Mehrzahl der Fälle mit Neigung zu dauernden Diarrhoen einhergeben.
- 2. Beschleunigung der Herzaction mit Erweiterung und Klopfen der Arterien.
- 3. Localisirter und allgemeiner Muskeltremor in Folge von Aufregungen, welcher in fortgeschrittenen Fällen nicht selten mit einer Neigung zu fallen verbunden ist.
- 4. Allgemeine Nervosität, gelegentlich mit Stimmungsanomalien und psychischen Affectionen verbunden.
- 5. Reizbarkeit der Blase, besonders zur Nachtzeit, in manchen Fällen in Verbindung mit Hautjucken, profusen Schweissen und anderen vasomotorischen Störungen.
- 6. Ausfallen der Haare.
- 7. Progressive Schwäche, welche sich besonders in der Stimme kundgiebt, bis zum Tode durch Erschöpfung.

Das häufige Fehlen oder das sehr späte Auftreten des Kropfes bei dieser Krankheit beweist schon nach T., dass der Kropf oder ein bei der vermehrten Secretion der Thyreoidea erzeugtes Gift nicht die Ursache ist. Nach T. handelt es sich, wie er näher ausführt, um ein durch Autoinfection im Gastro-Intestinaltractus entstandenes auf Zersetzung von Fleisch und anderen stark eiweisshaltigen Stoffen beruhendes Toxin (Ptomain), welches u. A. auch die Schwellung der Thyreoidea herbeisühren kann. Für diese Ansicht sprechen nach T. die beständig bei der Krankheit vorhandenen Verdauungsstörungen und der sichtliche günstige Erfolg, welche die Ausschaltung der Fleischdiät und der Ersatz durch Milch und Producte der Milchgährung auf alle Erscheinungen ausübt.

Bei der Behandlung hält T. die Regelung der Diät für ebenso wichtig wie bei Diabetes. Dazu müssen Abführmittel (Calomel) und Darmantiseptica (Bismuth. carbolicum, naphtolicum, Benzosol).

Die Thyreoidectomie verwirft T. vollständig.

Hoppe.

528) Carl Kunn: Ueber Augenmuskelkrämpfe bei Tetanie.
(Deutsche medicinische Wochenschrift 1897, Nr. 26.)

Kunn berichtet über Augenmuskelstörungen bei 3 Fällen von Tetanie, von denen er glaubt, dass sie für die Tetanie typisch sein dürften. Es sind Krämpfe der Augenmuskeln, welche spontan auftreten und auch will-

kürlich hervorgerufen werden können, sie können mit Krämpfen der anderen Körpermuskulatur vergesellschaftet und auch isolirt erscheinen; bezüglich der Zeit und Dauer sind sie ebenso verschiedenartig wie die anderen Krämpfe bei der Tetanie. Es handelt sich um echte Krämpfe in den exterioren und interioren Augenmuskeln, denn es besteht während des Anfalles ein Bewegungshinderniss im Sinne der Antagonisten, oder es tritt starker Strabismus convergens eines Auges auf und der Patient ist nicht im Stande, diese Stellung willkürlich aufzugeben. Dabei contrabiren sich die Pupillen ad maximum und ebenso der musculus ciliaris. Die Conjunctiva bulbi röthet sich, die Augen thränen und es bestehen ziehende Schmerzen in den-Die Oberlider sinken oft herab und setzen auch der passiven Hebung einen gewissen Widerstand entgegen. Wenn der Anfall vorbei ist, kehrt wieder alles zur Norm zurück Die Augenmuskelkrämpfe können noch längere Zeit nach dem Erlöschen anderer Tetaniesymptome persistiren, werden jedoch immer seltener. -- Im Vergleich zu den Augenmuskelsymptomen bei der Athetosis fällt vor allem die Betheiligung der interioren Muskulatur auf. Diese ist nicht nur an der extremen Myosis erkennbar, sondern auch an der Sehstörung, die sich darin aussert, dass die Patienten alles verschwommen sehen.

529) Carl Kunn: Ueber Augenmuskelkrämpfe bei Athetose. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1797, Nr. 24.)

Kunn bringt die aussührliche Beschreibung eines Falles von Athetose (im Anschluss an ein Trauma) bei einem 43 jährigen Manne. Das Interessante der biebei beschriebenen Augenmuskelkrämpse ist, dass sie in ihrer Symptomatologie vollkommen an die Krämpse erinnern, die man an den Extremitäten, an der Kau. und Schlundmuskulatur zu beobachten Gelegenheit hat. Dasselbe unsicher Tastende der Bewegung, dieselbe Unfähigkeit, aus einer einmal eingenommenen Stellung rasch wieder loszukommen, dieselbe scheinbare Unzweckmässigkeit in der Art und Aussührung der Bewegungen.

— Es sind wahre Krämpse der exterioren Muskulatur und zwar langsame tonische Zusammenziehungen. — Am Schlusse erwähnt K. einen dem seinen vollkommen analogen Fall in Bezug auf die Augenmuskelsymptome, den Nothnagel früher beschrieben hat. Kunn ist der Ansicht, dass die an den Augenmuske'n sich abspielenden Spasmen ein für das Grundleiden characteristisches Gepräge besitzen.

530) E. Bonardi: A propos d'un cas très intéressant de maladie d'Addison. Cancer associé à la tuberculose des capsules surrénales, intégrité du sympathique et lésions spinales pseudo-systématisées.

(Revue neurologique Nr. 16, 1897.)

R. A., 59 Jahre alter Bauer, immer in sehr dürftigen Verhältnissen, leidet seit 2 Jahren an Magen- und Rückenschmerzen, Verdauungsstörungen und allgemeiner Schwäche; seit 6 Monaten bemerkt er, dass seine Hant mehr und mehr eine dunkle Färbung annimmt. Im Dunkeln Unsicherheit des Ganges, lancirende Schmerzen in den Knieen, Taubheitsgefühl in der Fussspitze, Gummigefühl an der Fusssohle. Weder Lues noch Potatorium, anch keine Excesse im Rauchen.

Status bei der Aufnahme 1. October 1896: Broncefärbung des Rumpfes und der Hände mit verschieden grossen unregelmässigen Flecken von dunklerer Färbung. Augenhintergrund normal, auch keine Sehstörung, keine Störung seitens der Augenmuskeln; heftige epigastrische Schmerzen, die nach den Mahlzeiten zunehmen, Rückenschmerzen mässigen Grades, die bei Bewegungen der lumbo-dorsalen Region zunehmen, Gürtelgefühl, gemüthliche Depression, beständig ein Gefühl von Ermüdung und schmerzhafter Schwäche. Romberg'sches Zeichen, Gang atactisch. Der Muskelsinn ist au den oberen und unteren Extremitäten erheblich herabgesetzt, pelziges Gefühl an den Häuden und Füssen, Abstumpfung aller Empfindungsqualitäten und Leitungsverlangsamung, insbesonders an den Beinen. Kniephänomen erloschen, auch die Hautreflexe fehlend. Die electrische Erregbarkeit unverandert. Der Kranke ging nach einer Diarrhæ, die jeder Behandlung trotzte, an Entkräftung zu Grunde. Bei der Autopsie fand sich: Ausgebreitete Arteriosklerose, besonders stark an den Gehirnarterien, chronische Endound Pericarditis, Gastrectasie ohne Pylorusstenose, Fettdegeneration der Leber, Krebs des Pancreas, bedeutende Schwellung der mensenterialen und retroperitonealen Drüsen, von welchen einzelne auf der Schnittfläche eine Neubildung, andere eine käsige Substanz zeigen. In den Nebennieren Neubildungsherde und käsige Massen. Im Nervensystem ist macroscopisch nur Volumsabnahme und grössere Härte des dorsolumbalen Abschnittes des Ruckenmarks zu constatiren. Die microscopische Untersuchung ergiebt: epitheliale Natur der Neubildung in den mensenterialen etc. Drüsen wie in den Nebennieren und im Pancreas. In den peripheren Nerven nur geringe Hyperplasie des Bindegewebes und Vermehrung der Neurilemmkerne. In der ganzen Ausdehnung des Rückenmarkes intensive Veränderungen, insbesondere in der dorsalen und lumbalen Region. Nach der Weigert-Pal'schen Methode gefärbte Schnitte zeigen, dass in letzteren Regionen der Goll'sche Strang vollständig von einem degenerativen Processe ergriffen ist, ebenso der Burdach'sche Strang, in welchem jedoch eine gewisse Anzahl gesunder Fasern erhalten ist: die Lissauer'sche Zone, das Hinterhorn und der Gowers'sche Strang sind ebenfalls betheiligt. Im cervicalen Abschnitt beschränkt sich der Process auf einen Theil des Goll'schen Strangs. handelt sich um Sklerose und Wucherung des periarteriellen und meningealen Bindegewebes. L. Löwenfeld.

531) H. Stabel: Zur Schilddrüsentherapie. — Vortrag in der Berl. med. Gesellsch. 28./I. 1896.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 5.)

Die Versuche wurden vorzugsweise an Kropfkranken angestellt. 25 Patienten wurden mit frischen Drüsen, 34 mit Thyreoidintabletten behandelt. Es stellte sich heraus, dass die Tabletten bei geringer therapeutischer Wirkung einen ungleich ungünstigeren Einfluss auf das Herz haben. Bedrohliche Nebenerscheinungen wurden jedoch nie beobachtet. Eine definitive Heilung trat bei der Schilddrüsentherapie nur in wenigen Fällen, in den allermeisten Fällen jedoch eine (nicht allzu lange Zeit dauernde) Besserung ein.

c) Therapie.

Die in 10 Fällen von Morbus Basedowii gemachten Erfahrungen lassen die Schilddrüsentherapie bei dieser Krankheit als direct contraindicirt erscheinen.

In einem Falle, wo sich seit 2 Jahren ein starkes Struma mit Kurzathmigkeit, Herzklopfen und ödematöser Schwellung am Kopfe (Myxödem? Ref.) ausgebildet hatte, hatte die Verabreichung von Drüsensubstanz und Tabletten einen überraschenden Erfolg, während mit dem Aussetzen der Behandlung stets wieder die alten Erscheinungen auftraten. —

In der Discussion betonten Ewald, Mendel und Senator übereinstimmend die Wirkungslosigkeit des Thyreoidin bei Morbus Basedowii. Die geringere Wirksamkeit der Tabletten erklärt sich nach Ewald vielleicht durch ein schlechtes Präparat.

Hoppe.

532) G. Marinesco: Trois cas d'acromégalie traités par des tablettes de corps pituitaire.

(Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris 1895, Nov. 8.)

Verfasser schildert ausführlich 3 typische Fälle von Acromegalie und berichtet sodann über den Ausfall der Behandlung mittelst Zirbeldrüsensubstanz (in Tabletten von Burroughs, Wellcome & Co.), die er in der Voranssetzung versuchte, dass bei dieser Krankheit die Hypophysis erkrankt ist. — Der Erfolg war ein mässiger. Er erzielte bei seinen 3 Kranken eine Abnahme resp. ein Verschwinden der Kopfschmerzen, ein Aufhören der Schmerzen und Parästhesien, freiere Beweglichkeit der Extremitäten in Folge von Abschwellung der weicheren Partien; indessen keine Volumensabnahme der erkrankten Extremitäten.

Verfasser erklärt sich das Zustandekommen dieses Resultats durch einen Einfluss der Behandlung sowohl auf den Zirbeldrüsentumor, als auch auf die intracranielle Circulation.

Buschan.

533) Silex: Ein Fall von Morbus Basedowii, geheilt durch Thyreodintabletten. — Vortr. in der Berl. med. Gesellsch. 9./I. 1896.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 6.)

Entgegen den ungünstigen Erfahrungen, welche die meisten Autoren mit der Anwendung von Schilddrüsenpräparaten beim Morbus Basedowii gemacht haben, ist S. in der Lage, über einen durch Thyreoidintabletten sehr günstig beeinflussten Fall dieser Krankheit zu berichten, welcher eine 40jährige im Frühjahr 1895 erkrankte und bis dahin ohne Erfolg behandelte Frau betrifft. Sie begann Sommer vorigen Jahres 6 Tabletten täglich zu nehmen, worauf eine schnelle Besserung der hochgradigen Beschwerden eintrat. 3 Monate nach dieser Behandlung (im Ganzen hat sie 12 gr Thyreoidin genommen) war sie fast völlig geheilt. Exophtalmus und Gräfe'sches Symptom völlig geschwunden, es besteht nur noch eine Andeutung des Struma und etwas Pulsbeschleunigung. Hoppe.

534) R. H. Cunningham (New-York): The administration of thymus in exophthalmic goitre.

(The Medic. Rec., 15. Juni 1895.)

Verfasser erläutert die gute Wirkung, welche bei Morbus Basedowii die Behandlung mit Thymusdrüsensubstans hat, an einigen von ihm selbst

beobachteten Fällen. Sodann giebt er einen kurzen Bericht über das, was man bis jetzt aus Versuchen und Krankenbeobachtungen über die Function und Functionsstörungen der Schild- und Thymusdrüse weiss, und sagt, dass die Veränderungen, die man häufig au einer oder mehreren der Drüsen ohne Ausführungsgang finde, eine mehr oder weniger grosse Bolle in der Hervorbringung verschiedener Symptome derjenigen Krankheit (oder Krankheiten?) spiele, welche man heute unter dem Namen Kropf mit Exophthalmus, Morbus Gravesii, Morbus Basedowii begreife. Welcher Art die Veränderungen aber seien, ob primäre, begleitende, secundäre in Folge primärer Störungen des Nervensystems, oder ob sie durch eine Art von Blutvergiftung in Folge der functionell veränderten Drüse oder durch verschiedene Toxine gastro-intestinalen Ursprungs entstünden, das köune erst gefunden werden, wenn man sich genauere Kenntnisse über die Function und die Functionsstörung dieser Drüsen erworben haben werde.

Voigt (Osynhausen).

535) L. Seellgmann: Ueber Behandlung des Morbus Basedowii mit Ovarialsubstanz.

(Allg. med. Centralzeitung 1897, Nr. 50.)

Die neuerdings von Eulen burg vertretene Ansicht, dass es sich bei der Basedow'schen Krankheit um eine Erkrankung des Stoffwechsels handeln könne, die secundär das Nervensystem in Mitleidenschaft ziehe, veranlassten den Verfasser, in 3 Fällen Ovarialsubstanz zu versuchen. — Die erste Patientin, die im Jahre 1892 in Hamburg strumectomirt und ein Jahr später als geheilter Fall (von Dr. Lemke? Ref.) vorgestellt worden war, indessen bald darauf in einen noch viel trostloseren Zustand als vor der Operation verfallen war (!) und seitdem auch stark an Uterusblutungen litt, wurde nach der Einnahme von fast 300 Ovarial-Tabloids B. W. & Coziemlich rasch so weit hergestellt, dass sie objectiv und subjectiv das Bild einer völlig Geheilten derbot. In den beiden anderen Fällen wurde nur eine Besserung erzielt.

Verfasser vermuthet aus diesen Erfolgen, dass der Morbus Basedowii unter Umständen auf einer Abwesenheit der inneren Secretion der Geschlechtsdrüsen beruhen möge, und verspricht sich in solchen Fällen, wo als Azzeichen hierfür Atrophie oder Hyperplasie der Genitalien vorliegt, Heilung oder wenigstens Besserung des Leidens durch Ovarialsubstanz.

Buschan

536) G. Hirsch (Leibarzt, St. Petersburg): Beitrag zur Organotherapie. Sperminum-Pæhl.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1897, Nr. 7)

H. berichtet unter Beigabe von Krankengeschichten über günstige Wirkungen des Spermin bei Fällen von Anämie, Tabes, Endarteriitis obliterans. Im Anschlusse finden sich briefliche Mittheilungen von Senator Benedict, Hoffmeier, Eulenburg, Ewald, Fürbringer, Mendel welche deren nicht ungünstige Erfahrungen über Sperminbehandlung bei Neurosen wiedergeben. Die Kürze dieser Mittheilungen giebt indessen der Erörterung der Frage, wie weit hier vielleicht suggestive Einfüsse mit-

spielen, keinen Raum. Da schädliche Nebenwirkungen niemals gesehen wurden, sind jedenfalls weitere Versuche mit dem Mittel gestattet.

Mercklin (Lauenburg).

537) R. Lépine: Myopathie progressive améliorée par la médication thyroidienne.

(Lyon méd. 1896, Nr. 19. Mai 10.)

In einem schweren seit ca. 9 Jahren bestehenden Falle von progressiver Muskelatrophie, bei dem die verschiedenen Heilmethoden sich bis dahin erfolglos erwiesen hatten, versuchte L. Schilddrüsenpräparate mit mässigem Erfolge. Er liess frische Drüse zu 2 gr mehrmals am Tage (in einer Woche durchschnittlich 69, später bis 200 gr) 2 Monate lang einnehmen — Ungefähr 14 Tage nach Beginn der Kur zeigte der Kranke einen ausgesprochenen Fortschritt. Er fühlte sich kräftiger und vermochte bald ohne Mühe sich aufrecht zu halten und zu gehen (vordem unmöglich). Nach 2 Monaten fühlte er sich kräftig genug, um seine Beschäftigung wieder aufzunehmen. Der Kranke war schliesslich im Stande, zu stehen und zu gehen, ohne ein Hinfallen zu riskiren — wie sein Zustand 2 Jahre vorber war. Indessen waren die Lendenausbuchtung, das Vorspringen der Schulterblätter, die grosse Schwäche beim Beugen des linken Vorderarms geblieben. Ausserdem hatte sich das Volumen der Muskeln nicht verändert.

Ein zweiter Kranker mit Myopathie wurde in derselben Weise gebessert; die Atrophie schwand indessen auch hier nicht.

Der Erfolg scheint sich demnach nur in einer Besserung der Contractionsenergie der Muskeln geäussert zu haben. Suggestion schliesst L. aus; denn die Kranken waren, wenigstens im Anfange, nicht im Geringsten über das Verfahren unterrichtet.

Buschan.

- 538) Massy (Bordeaux): Le bain hydro-électrique.
 - (Revue internat. d'électrothérapie 1897, Bd. VII, Nr. 7/8, S. 178.)
- 1. Das galvanische hydro-electrische Bad besitzt keine unmittelbar tro phische Wirkung. Möglicher Weise erhöht es aber die celluläre Secretion (Tripier), die in dem Organismus nach Brown-Séquard und d'Arsonval eine so wichtige Rolle spielt. Indicirt erscheint diese Form des Bades besonders bei Paralysis agitans, Saturnismus, Hydrargyrismus, chronischem Eczem und Urticaria.
- 2. Das faradische hydroelectrische Bad vermehrt die respiratorischen Verbrennungen, indem es gleichzeitig das Muskelsystem und das sensible Nervensystem zu $25\,^0|_0$ anregt (d'Arsonval). Es verdient Anwendung besonders bei Neurasthenie, Hystero-Neurasthenie, Chorea, Rhachitis, Lymphatismus.
- 3. Das hydro-electrische Bad mit sinusoïdalem Strom ruft eine Zunahme der respiratorischen Capacität des Blutes in einem Procentsatz von 50° hervor (d'Arsonval). Diese Zunahme hat das Bemerkenswerthe, dass sie sich vollzieht bei Fehlen jeglicher Muskelcontraction und selbst jeglicher Sensation. Es zeigt sich also hier ein directer Einfluss auf das trophische Nervensystem, die allgemeine Ernährung wird in hohem Grade

gefördert. Diese Form des Bades erscheint besonders bei Rheumatismus,

Gicht, Diabetes, Obœsitas angezeigt.

Des Weiteren beschäftigt sich Verfasser in dem obeu angezeigten Aufsatze mit der Einrichtung hydro-electrischer Bäder und der practischen Anwendung derselben.

Buschan.

539) Crocq fils: Goître exophthalmique traité par l'èlectrothérapie. (Journ. de neurol. et d'hypnol. 1896, S. 503.)

40jäbrige Frau erkrankt in Folge von schwerem Kummer und angeblich auch von Erkältung an schwerer Basedow'scher Krankheit (Tachycardie, Thermophobie, profuse Schweisse, Zittern, Schilddrusen-Anschwellung. Exophthalmus, Muskelkrämpfe, Bronzehaut, Hautausschläge, giving way of the legs, Schlaflosigkeit und Melancholie). Die inneren Mittel waren nicht im Stande gewesen, der Kranken Erleichterung zu verschaffen und dieselbe war nahe daran, sich dem operativen Eingriffe zu unterziehen. Da entschloss sich Crocq, die bis dahin noch nicht in Anwendung gekommene Electricität zu versuchen. Er setzte den positiven Pol des galvanischen Stromes auf den Nacken, den negativen zunächst auf die Herzgegend während 5-6 Minuten (15-20 MA.), dann auf die Struma während der gleichen Zeit (25 MA.) und schliesslich auf die Lendengegend für ebensoviel (15-20 MA.). Vom dritten Male ab zeigte sich bereits eine bemerkenswerthe Besserung: die Palpitationen waren beinahe verschwunden, das Zittern war nicht mehr vorhanden, die Pulsfrequenz betrug 80 Schläge (vorber 120). Die Besserung machte rapide Fortschritte und nach 15 Sitzungen waren alle Erscheinungen bis auf den Exophthalmus verschwunden.

540) O. Libotte: Singultus, geheilt durch den faradischen Pinsel. (Le pinceau faradique dans un hoquet opiniâtre. Son lieu d'élection pour application.)

(Journ. de neurol. et d'hypnol. 1896, Bd 1, S. 52)

Hartnäckiger (seit 8 Tagen sich alle 2 Minuten Tag und Nacht wiederholender) Schlucken, für den sich keine andere der vielen Ursachen (von L. aufgeführt) ausfindig machen liess, als Influenza. Verschiedene Antispasmotica hatten sich erfolglos erwiesen. - Ausgehend von der Betrachtung, dass im vorliegenden Falle durch die seit 8 Tagen bestehende convulsive Einathmung die Centren für die Respiration im verlängerten Mark eine Störung erlitten haben und dass ein peripherer Reiz erfahrungsgemäss dieselben wieder zur normalen Fnuction bringen könnte, versuchte Verfasser die faradische Pinselung des Nackens. Er setzte die eine Electrode auf das Epigastrium und berührte alle 2 Secunden mit dem faradischen Pinsel bei ziemlich intensivem Strome den Nacken und Hals. Bei jeder Berührung erfolgte eine starke Inspiration. Nach wenigen Minuten setzt der Schlucken für 5 Stunden aus; darauf wurde die Procedur wiederholt, im Anschlass daran ein für 12 Stunden anhaltender Erfolg. Nach der dritten Pinselung definitive Heilung. Buschan.

541) Bayr (Brüssel): Ueber Ozaena, ihre Aetiologie nnd Behandlung vermittelst der Electrolyse.

(Münch. med. Wochenschr. 1896, 32, 33.)

Was uns hier interessirt, ist, dass Verfasser zn dem Schlusse kommt, die Ozaena als eine Trophoneurose aufzufassen, deren Ursache offenbar im Centralnervensystem zu suchen sei. Erlenmever.

542) L. Laloy: Du traitement de la dilatation d'estomac par la faradisation. (La Thérapeutique nouvelle 1896, Nr. 4.)

In 3 Fällen von Gastrectasie, in denen alle möglichen internen Mittel fehlgeschlagen hatten, gelang es dem Verfasser, durch Faradisation die Grösse des Magens mehr oder weniger zur Norm zurückzuführen und vollständiges Wohlbefinden zu erzielen. Das Verfahren bestand in der Anwendung starker faradischer Ströme von fast einer halben Stunde Dauer (mit kleinen Ruhepausen) mittels Electroden von 13×9 resp. 6 cm Durchmesser (die grössere auf die Lumbal-, die kleinere auf die Magengegend).

Der Strom wirkte nach Ansicht des Verfassers nicht durch Muskelcontractionen, denn diese blieben bei Anwendung der grossen Electroden ans, sondern durch Beeinflussung der glatten Fasern der Magenwand und der Secretion, tibte also einen besonderen trophischen Einfluss aus.

Buschan.

543) Edgar J. Spratling (New-York): Masturbation in the adult. (The Medic. Record, 28. September 1895.)

Während bei Frauen das Uebel der Masturbation selbst auf operativem Wege (Ovariotomie, Clitorectomie) schwer zu beseitigen ist, gelingt es nach Verfasser sehr oft, Männer davon zu befreien, - aber freilich weder durch das Bepflastern der glans penis, noch durch die Anwendung der verschiedenen empfohlenen Apparate, noch durch die (früher von dem Verfasser selbst empfohlene) complete Durchschneidung der Dorsalnerven des Penis, sondern einzig und allein durch die möglichst vollkommene Abtrennung der Diese Operation empfehle sich vorwiegend für jüngere Männer; für solche über 50 Jahre könne man auf sie verzichten, da in diesem Alter erfahrungsgemäss die Masturbation keinen Schaden mehr bringe.

Voigt (Oeynhausen).

544) Hammond (New-York), Jacksonian epilepsy. Operation. (Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Nr. 3, S. 190.)

Beachtenswerther Erfolg des operativen Eingriffes in einem Fall von Jackson'scher Epilepsie. Der Kranke hatte vordem am Tage 15 und mehr Anfälle zu bestehen. Als der Schädel geöffnet wurde, fand sich ein circumscripter pachymeningitischer Herd, der mit den darunter liegenden Membranen stark verwachsen war. Durchtrennung der Adhäsionen, Schluss der Wunde. Seitdem keine Convulsionen mehr. Ganz kürzlich (nach nahezu 3/4 Jahren) stellte sich die Aura, die bereits früher den Anfall immer durch sensorische Erscheinungen in der Hand angekundigt hatte, wiederum ein; jedoch blieben die Anfälle bis dahin aus.

Buschan.

545) Müller (Marburg): Demonstration eines Falles von traumatisch entstandenem Schädeldefect. — Aerztlicher Verein zu Marburg 4./III 1836.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 34.)

Der 29jährige Arbeiter hatte als Säugling durch Sturz von einer Treppe eine schwere Kopfverletzung erlitten. Nach mehrtägiger Bewusstlosigkeit zeigte sich leichte linksseitige Parese. Trepanation (Depressionsfractur) wurde nicht zugelassen. Seitdem leidet er an Krämpfen. Er kounte wegen grosser Vergesslichkeit dem Gymnasialunterricht nicht folgen und wurde schliesslich Handlanger.

Patient zeigt im Bereich des rechten Parietalbeins einen über 2 Finger breiten Knochendesect, welcher am Gebirn etwa den Theilen von der vorderen Grenze des rechten Occipitallappens bis nabe der Rolando'schen Furche entspricht. Linke Nasolabialfalte etwas tieser. Linker Arm im Wachsthum zurückgeblieben. Bewegungsfähigkeit in den meisten Gelenken gehemmt. Linke Hand cyanotisch und kühler. Linkes Bein wird etwas nachgeschleppt. Patellarreslexe beiderseits lebhaft. Sensibilität am linken Arm, in der linken Gesichts- und Rumpshälste in den meisten Qualitäten herabgesetzt (am stärksten das stereognostische Erkennungsvermögen). Die von Prof. Küster vorgenommene Operation ergab eine schwielige Verdickung der mit der Pia verwachsenen Dura und nach Einschnitt der Dura einen tiesen Desect des Gehiras (traumatisch erworbene Porencephalie), dessen Grund der Seitenventrikel bildete. Kurz darauf noch 2 epileptische Anfälle, die seitdem ausgeblieben sind.

546) Sänger (Hamburg): Ein operirter Basedow-Fall. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 44. Jahrg.)

Die Berechtigung der Strumectomie bei Morbus Basedowii begegnet, abgesehen von ihrer Gefährlichkeit, zur Zeit noch begründeten Zweifeln. Der von S. beschriebene Fall ist nicht geeignet, das vorhandene Misstrauen zu beseitigen.

Bei der 28jährigen Näherin traten im Anschluss an einen Influenzaanfall Gemüthsverstimmung, Herzklopfen, Zittern der Hände, Neigung zu Schweissen, Hervortreten der Augäpfel und Anschwellung des vorderen Lappens der Schildduüse auf.

Die Operation wurde gut überstanden; das Herzklopfen liess eine Zeit lang nach. In der Folge aber steigerten sich sämmtliche Symptome wieder in unerträglicher Weise und Patientin fühlt sich gegenwärtig elender als vor der Operation.

Nach des Verfassers Ansicht muss der Beweis für die behaupteten Dauererfolge der Strumectomie noch erbracht werden.

Blachian (Werneck).

547) Gross (Nancy): Résection extracrânienne totale du nerf maxillaire supérieur.

(Semaine méd. 1897, Bd. 17, Juni 9, S. 213.)

Für die operative Behandlung der Trigeminus-Neuralgien dürfte im Allgemeinen der Grundsatz aufgestellt werden, dass, je näher dem Ursprunge der einzelnen Aeste die Durchschneidung ausgeführt, um so wirksamer der

Erfolg ausfallen wird. Augenblicklich werden zwei Methoden gerühmt: die intracranielle Resection mit Exstirpation des Ganglion Gasseri und die extracranielle Resection an der Schädelbasis.

Die Exstirpation des Ganglion Gasseri ist zugestandener Maassen wegen der vielen üblen Zwischenfälle eine vecht unangenehme und schwere Operation. Die Statistik ergiebt, dass das Vorgehen von der Fossa pterygoidea aus 20,68%, das von der Fossa temporalis aus 22,13% Todesfälle nach sich zieht. Unter solchen Umständen sollte dieses Vorgehen nicht bei Erkrankung des oberen Astes in Anwendung kommen, sondern nur für die Fälle mit Erkrankung aller drei Aeste reservirt bleiben.

Von den Methoden der extracraniellen Resection des Nervus axillaris superior fanden bisher die von Krönlein und die von Lücke, Lossen-Braun, vervollständigt von Ségond, Verbreitung. Verfasser schildert eingehend einen Fall, in dem er das Ségond'sche Verfahren anwenden wollte, jedoch den Nerven absolut nicht finden kounte. Er entschloss sich daher, das von Kocher (Chirurgische Operationslehre, 2. Aufl., Jena, 1894, S. 67) empfohlene Verfahren, das bisher wenig Nachahmung fand, vorzunehmen. Dasselbe hat er bald darauf noch einmal versucht und ist durch dasselbe, sowie durch den dadurch erreichten Erfolg sehr zufriedengestellt worden. Der erste Fall war nach 12, der zweite nach 9 Monaten noch vollständig schmerzfrei geblieben. Ueber das Verfahren selbst, das in erster Linie den Chirurgen interessirt, sei auf das Original verwiesen; bemerkt sei nur, dass dabei der Sinus maxillaris von der antero-externen Seite her geöffnet wird. Die Kocher'sche Operation besitzt nach Ansicht des Verfassers vor der Sègon d'schen mancherlei Vorzüge.

Buschan.

548) Wilhelm Goldzieher: Operirter Fall von Ptosis amyotrophica. (Ungar. med. Presse 1897, Bd. 2, Nr. 21.)

Neben der traumatischen, neuropathischen und congenitalen Form der Ptosis giebt es noch eine amyotrophische, auf die Verfasser im Jahre 1890 als erster aufmerksam gemacht hat. - Es handelt sich in solchen Fällen um einen im Muskel selbst auftretenden Process, der zur Atrophie und weiter zur Ptosis führt. Zur Aufhebung solcher Ptosis hat man ein Verfahren angegeben, das sich oft bewährt hat, ohne dass man zu operiren gezwungen ware. Es besteht eigentlich in einer Prothese, wobei das Augenlid gleichsam mit einer Krücke (ein Augenglas, auf dessen oberem Theil rechtwinklig ein Plättchen angelöthet ist, das beim Aufsetzen des Glases resp. der Brille das Lid in die Augenhöhle zurückschiebt) gehoben wird. Wo man kosmetische Rücksichten mitsprechen lassen muss, empfiehlt sich als beste Operation die von Hess. In der Höhe der Augenbrauen wird eine horizontale Incision augelegt, die Haut bis zum Lidrande herab präparirt, sodann emporgehoben und an den Stirnmuskel angenäht. Die Narbe bleibt verborgen. - Verfasser hat nach dieser Methode 7 Fälle von Ptosis amyotrophica und einen von Ptosis congenita mit Erfolg operirt. Auch Sikloss y spricht sich lobend über dieses Verfahren aus. Buschan.

549) Clemento Cabitto (Genova): Il baguo d'aria calda mezzo terapeutico d'alcuni parossismi epilettici. (Ueber die therapeutische Verwendung von Schwitzbädern bei Epileptikern.)

(Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XXIII. fasc. I, p. 52-57, 1897.)

Da die Epileptiker im Schweisse in bestimmten Zeiträumen toxische Substanzen ausscheiden, wie Verfasser bei seinen diesbezüglichen experimentellen Untersachungen an Kaninchen festgestellt hat, empfiehlt er bei Epilepsie Schwitzbäder als ein Mittel, um den Anfällen zuvorzukommen oder dieselben zu unterbrechen. Ueberhaupt solle man auf alle Weise, namentlich auch durch Magenausspülung und Desinfection den Verdauungstractus, die Elimination der supponirten toxischen Stoffe zu unterstützen und zu beschleunigen suchen.

Klinke (Tost, O.-S.)

550) Gilles de la Tourette: Behandlung des Ménière'schen Schwindels. (Vertige de Ménière et son traitement.)

(Semaine méd. 1897, Bd. 17, S. 301.)

Die Vorstellung eines einschlägigen Falles von Meniere'scher Krankheit giebt dem Verfasser Veranlassung, sich über die Pathologie und Therapie dieses Leidens eingehend zu verbreiten. — Interessant und lehrreich ist in der Einleitung sein Excurs über die Physiologie des inneren Ohres. Der Nervus vestibularis s. Labyrinthi (Verbreitung in den halbzirkelförmigen Kanälen) ist der Nerv für den Raum. Er steht der Function des Gleichgewichts vor; seine Läsion hat Störung des Gleichgewichtes, sowie Schwindel zur Folge. Der Nervus cochlearis (Verbreitung in der Schnecke) ist dagegen der eigentliche Gehörsnerv. Da der erstere ans der Rinde des Wurmes entspringt, so steht der Vorhof vorwiegend, und zwar direct mit dem Kleinhirn, dem Centrum des Gleichgewichts, und nur indirect mit dem Gehirn in Verbindung. — Die Meniere'sche Krankheit beruht auf einer Drucksteigerung der Flüssigkeit im inneren Ohr; dadurch werden die Enden der beiden Acusticus-Aeste gereizt. Der Schwindel ist also auf eine Uebereregtheit der Labyrinthnerven zurückzuführen.

Die Ursachen sind sehr mannigfacher Art. Ohrenschmalzpfropf oder ein anderer Fremdkörper im äusseren Ohre, Abscess in der Paukenhöhle, Sklerose der Paukenhöhle (in Folge Gicht oder Arteriosklerose), Ankylose der Gehörsknöchelchen, Atrophie des Stapedius, Zunahme der Spannung der stark geschlängelten Arterien des inneren Ohres (Bright'sche Krankheit), Arteriosklerose derselben, Aneurysmenbildung, und Bluterguss ins Labyrinth durch Platzen dieser Aneurysmen oder auch Hämorrhagien in Folge von Leucocythämie — alles dieses kann einen abnormen Druck auf das Labyrinth ausüben. Anch intracranieller Druck auf den Acusticus und seines Ursprung beeinträchtigen die Function des Nerven.

Chininum sulfuricum, vor. Er ordinirt für gewöhnlich 0,75 (0,5-1) gr pro die in 8-4 Portionen zu nehmen. Vom zweiten oder dritten Tage der Behandlung an pflegen das Ohrensausen und der Schwindel an Intensität zuzunehmen, manchmal bis zur Unerträglichkeit. Der Kranke muss auf diese Eventualität vorbereitet werden. Nach weiteren 8-10 Tagen beginnt der Schwindel nachzulassen oder auch gänzlich zu verschwinden. Die Erfahrung hat gelehrt, dass man wegen der gastrischen Beschwerden die Behandlung nur auf 14 Tage ausdehnen darf und dann eine kurzere oder längere Ruhepause eintreten lassen soll. Wenn die Erscheinungen dann wieder zunehmen, lässt man den Kranken dieselbe Kur noch einmal die gleiche Zeit lang gebrauchen. Ist der Schwindel durch eine Labyrintherkrankung bedingt, dann wird zumeist Heilung oder wenigstens hochgradige Besserung durch Chinin eintreten. Wenn noch leichte Erscheinungen zurück. bleiben sollten, dann empfiehlt es sich, nach 2-3 monatlicher Pause die Kur von Neuem vorzunehmen; auch wenn der Kranke momentan geheilt ist, darf man ihn nicht aus den Augen lassen, sondern soll ihm, sobald sich nur die geringsten Anzeichen einstellen, wieder Chinin verordnen. Wo Chinin per os nicht vertragen wird, ist die Application als Clystier (Morgens und Abends in Gelbei-Emulsion) während ebenfalls 14 Tagen angezeigt. Natron salicylicum (2-4 gr pro die während 2 Wochen) erweist sich nach Charcot's Erfahrung zwar auch günstig, doch lange nicht in dem Grade, wie das Chinin.

Wenn man tiber Misserfolge bei Chiningebrauch geklagt hat, so beruht dieses zumeist darauf, dass man dieses Verfahren nicht bei Schwindel, der vom Labyrinth ausgeht, sondern bei epileptischem Schwindel angewendet hat. Verfasser tritt ferner energisch der Behauptung entgegen, dass Chiningebrauch Taubheit hervorrufe. Wenn solche sich gelegentlich gezeigt hat, dann wäre sie in ganz normaler Weise in diesen Fällen auch ohne Charcot'sche Behandlung eingetreten. — Die Quintessenz der Behandlung mittels Chinin besteht darin, dass dieses Medicament die Uebererregtheit des Labyrinthnerven herabsetzt. Daher kann es auch nur in solchen Fällen von Werth sein.

551) Erlenmeyer: De la démorphinisation chimique. (Le Progr. méd. 1896, 31.)

Verfasser macht auf seine schon 1894 veröffentlichte Methode der Morphiumentziehung, die ihm in den letzten Jahren vorzügliche Dienste geleistet, aufmerksam. — Bekanntlich ist auch von dem subcutan einverleibten Morphin ein sehr grosser Theil kurz nach der Injection im Magen nachweisbar. Daselbst bewirkt es eine Morphinisation der secretorischen Drüsen, die dieselben bei häufiger Wiederholung der Injectionen in eineu fast permanent narcotischen Zustand versetzt. Dieselben hören auf, Salzsäure zu secerniren. Hierdurch werden aber die Magennerven, welche an Salzsäure gewöhnt sind, betroffen und da sie ausserdem auch der directen Einwirkung des Morphins ausgesetzt sind, hört auch ihre Wirkung auf. Nun tritt plötzliche Entziehung des Morphiums auf: die Narcose der secretorischen Drüsen hört auf, es wird sich dadurch baldigst ein Ueberfluss an Salzsäureproduction geltend machen, der die Magennerven in einen ausser-

Digitized by GOOGLE

gewöhnlichen Reizzustand versetzt; es treten die bekannten Reizerscheinungen auf. Diese Abstiuenzerscheinungen, wie Erbrechen, Leibweh, Diarrhöe, Schlaflosigkeit, Pulsbeschleunigung, Unruhe seien nur die gleichen Symptome, die wir bei hyperacider Dyspepsie beobachten. — Aus diesen Ueberlegungen construirte nun der Verfasser sein einfaches Verfahren bei der Morphiumentziehung, das in der Darreichung alcalischer Wässer (besonders des Fachinger Wassers) zur Bekämpfung der Hyperacidität besteht. Seine Resultate waren sehr befriedigend, trotz fortbestehendem Verlangen nach Morphin litten seine Patienten nicht mehr psychisch unter den Abstinenzerscheinungen. Als noch zweckmässiger glaubt Verfasser empfehlen zu sollen, während der Morphiumkur Salzsäure zu verabreichen, um überhaupt die Magennerven die ihnen nöthige Salzsäure nicht entbehren zu lassen.

Lehmann (Werneck).

552) H. Kornfeld: Morphiomanie und übermaugansaures Kali. (Betz's Memorabilien 1995, Heft 3.)

Auf Grund der Beobachtungen und Erfahrungen von Moor, Luff und Maynard, denen zu Folge das Kali hypermanganieum eine exquisit antitoxische Wirkung bei Opium- und Morphiumvergiftung entfalten soll, schlägt Verfasser vor, das gleiche Verfahren bei Entziehungskuren der Morphinisten in Anwendung zu ziehen, die allmähliche Abgewöhnung bezw. intermittente Darreichung mit der Darreichung von übermangansaurem Kali zu verbinden. — Ueber eigene Erfahrungen scheint der Verfasser noch nicht zu verfügen.

553) Francotte: Du sulfate de duboisine dans le traitement de la paralysie agitante.

(Separatabdruck. Brüssel 1896.)

Verfasser giebt das Duboisin. sulfuricum in Form von Granuls, enthaltend ein halbes Milligramm; davon 3—5 pro die. Er fand in 4 Fällen von Paralysis agitans, in denen er es anwandte, regelmässig eine beträchtliche Minderung des Tremors; weniger constant war ein günstiger Einfluss auf die Steifigkeit zu bemerken. Sofort mit dem Aussetzen des Mittels kehrte freilich auch der Tremor wieder. Leichte Intoxicationserscheinungen wurden nur einmal, bei einer Steigerung der täglichen Dosis auf 4 Milligramm beobachtet.

Cassirer.

554) Galliard: Calomel bei Cephalea. (Traitement de certaines céphalés rebelles par le calomel.)
(Gas. hebdom. 1896, Nr. 21.)

Es existirt eine Art von Kopfschmerzen, die sich, unabhängig von neurasthenischen Zuständen, dadurch deutlich characterisiren, dass sie persistent sind und allen bekannten Medicamenten trotzen. Verfasser hat eine Reihe solcher Fälle durch Calomel erfolgreich behandelt. Er verschreibt während 6 Tagen je eine Dosis von 0,1 gr Calomel (für Kinder von 10 bis 12 Jahren 0,06 gr), am Morgen einzunehmen. Die Kranken sind auf das eventuelle Eintreten einer Stomatitis oder von Koliken aufmerksam su machen, ferner darauf, dass sie Diätfehler, Erkältung, Uebermüdung etc. während der Kur zu vermeiden haben. — Diarrhöe stellt sich kaum vor

Digitized by GOOGIC

- dem 3. Tage ein, oft erst später; sie darf keine Unterbrechung der Kur herbeiführen. Am Ende des 3. oder 4. Tages lassen die Kopfschmerzen zumeist nach. Bei Misserfolg der Kur räth G. nach einigen Wochen zu einer zweiten. Der Erfolg ist nicht constant.
 - 5 Krankengeschichten illustriren das Gesagte.

Buschan.

555) C. Schindler (Berlin): Zur Behandlung von Kopfschmerzen mit Methylenblau.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 46.)

S. nimmt gegenüber B. Lewy (s. 1896, Ref. 608) die Priorität der Beobachtung einer schmerzstillenden Wirkung des Methylenblau für Paul Guttmann und sich selbst in Anspruch und macht diesbezüglich auf seine Dissertation vom Januar 1892: "Die Methylenblaubehandlung der Neuralgien nach Beobachtungen in der inneren Abtheilung des Directors Dr. Paul Guttmann im städtischen Krankenhause Moabit zu Berlin" aufmerksam, in welcher die allerbesten Erfolge bei nervösem Kopfschmerz beobachtet wurden. Ein kurzes Resumé dieser Dissertation bildet den wesentlichen Inhalt des Aufsatzes.

556) Wilh. Filehne: Ueber das Pyramidon, ein Antipyrinderivat. (Berl, klin. Wochenschr. 1896, Nr. 48.)

Das Pyramidon (= [4] Dimethylamidoantipyrin) entspricht in seinen Wirkungen völlig dem Antipyrin, nur ist es in wesentlich kleinerer (im 3. Theil der) Dosis schon wirksam. Die Wirkung tritt beim Pyramidon viel allmählicher ein und vergeht auch langsamer als beim Antipyrin, sie ist in ihrem Verlauf wesentlich milder, abstufbarer und hält länger an. Gegen Schmerzen aller Art hat es sich vorzüglich bewährt, Neuralgien für längere Zeit vertrieben. Bei Kopschmerzen genügte 0,4 vollständig.

Hoppe.

557) Pilcz (Wien): Studie über die gebräuchlichsten Schlafmittel. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 5, X. Jahrg)

P. unterzieht, ohne neue Gesichtspunkte hereintragen zu wollen, die gebräuchlichsten Schlafmittel einer kritischen Besprechung je nach ihrer Verlässigkeit, speciellen Indication und eventuellen Gefahren.

Es giebt 2 Hauptformen von Agrypnie:

a) Reine echte Agrypnie, wie sie bei Neurasthenikern, sehr häufig im Senium und bei den verschiedensten Geisteskrankheiten angetroffen wird;

 Agrypnie, bedingt durch Schmerzen, unangenehme Sensationen, Hustenreiz, Angstaffecte etc.

Für letztere Fälle ist souverän wirksam das Opium und seine Präparate, namentlich das Morphin. Dieselben sind Hypnotika durch ihre anodyne Wirkung.

Von den eigentlichen Schlafmitteln verdienen folgende genannt zu werden: Chloral, Paraldehyd, Amylenhydrat, Sulfonal, Trional, Pellotin.

Chloralhydrat erzeugt nach mittleren Gaben (1,0-2,0) mit grosser Sicherheit einen ruhigen, langdauernden Schlaf. Keine unangenehme Nachwirkung. Nach grossen Gaben (über 6,0) wurden Zustände von tiefem Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. December-Heit 1897.

Coma mit Sinken der Körpertemperatur und Abnahme der Herzthätigkeit beobachtet; der Tod erfolgte im schweren Collapse.

Zu kleine Dosen (0,5) wirken eher excitirend. Chl. übt bei längerer Darreichung einen lähmenden Einfluss auf das Herz und die Vasomotoren aus. Contraindicirt ist Chl. bei Erkrankung des Herzens und der Gefässe, ferner bei fiebernden Kranken. Wegen seiner local stark irritirenden Eigenschaft wird Chl. am besten mit schleimigen Mitteln verordnet, z. B. auf 1 gr Chl. 40,0 des Corrigens (etwa Aq. dest. u. Mucil. gummi ana 20,0). Gewöhnung an das Mittel scheint nur in geringem Maasse zu bestehen. Abstinenzerscheinungen nach Aussetzen desselben fehlen.

Amylenhydrat, sicher wirkendes Hypnoticum, besitzt gegenüber dem Chloral den Vorzug, dass es den Gefässapparat in keiner Weise alterirt; vor dem gleich zu erwähnenden Paraldehyd hat es voraus, dass sich sein eigenthümlich starker pfessermünzähnlicher Geruch nicht der Exspirationsluft mittheilt. Am besten wird A. in Wasser oder mit Zusatz von Syrupen oder Alcoholicis (Cognac) verordnet.

Paral dehyd wegen seiner raschen und sicheren Wirkung, sowie wegen seiner Unschädlichkeit sehr geschätzt. Der unangenehme Geruch und Geschmack lassen sich durch keinerlei Corrigens vollständig decken; am besten ist noch Paraldehyd in alcoholischer Lösung (Bier) zu nehmen.

Sulfonal in Folge geringer Löslichkeit cumulative Wirkung, welche bei längerer Darreichung des Mittels schwere Vergiftungserscheinungen setzt. Comatöse Zustände mit heftigen gastrischen Symptomen, Erbrechen, Obstipation, wobei der Harn ausserdem Frscheinungen einer acuten, parenchymatösen Nephritis (Oligurie, Albuminurie) den Befund von Hämatoporphyrin (dunkle, fleischwasserähnliche Farbe des Urins) bietet-

Die schlafmachende Wirkung tritt schon nach Dosen von 1,0-2,0 ein; grössere Gaben sind nutzlos. Besonderes Augenmerk muss auf den Stuhlgang des Patienten gerichtet werden Energische Bekämpfung jeder etwa bestehenden Obstipation.

Zulässige Anwendungsdauer 2-3 Wochen in continuo.

Trional. Wirkt rascher als Sulfonal, jedoch im gleichen Grade gefährlich.

Pellotinum m. zeichnet sich vor den anderen Mitteln dadurch aus, dass es subcutan gegeben werden kann (0,04).

P. führt noch eine Reihe von Schlafmitteln (Acetal, Acetophenon, Chloralformamid, Hypnal, Somnal etc.) an, welche aber gegenüber den ersterwähnten practisches Interesse kaum beanspruchen dürfen.

Am Schlusse seiner Arbeit bespricht P. auch noch die Wirkungsweise des Hyoscinum hydrochloricum, welche äusserlich der des Pfeilgiftes (Curare) gleichkomme, ohne dass es wie letzteres auch die Athmungsmuskulatur in direct lähmender Weise beeinflusse. Mydriasis, Tachycardie, Congestiones, sehr häufig auch delirienartige Erscheinungen werden dabei beobachtet.

Blachian (Werneck).

III. Bibliographie.

XCII) H. Sachs: Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen.

(Psychiatrische Abhandlungen, herausgegeben von C. Wernicke. H 5. Breslau 1897.)

Verfasser stellt folgende Betrachtungen an. Die niederen Sinne: Geschmack, Geruch und gewisse Empfindungsarten, welche wir von der Haut erhalten, nämlich Kälte und Wärme, sowie das Gemeingefühl vermitteln nur einfache Wahrnehmngen. Wir können diese Empfindungen weder zeitlich, noch räumlich, noch irgendwie ordnen. Wir besitzen weder ein Geschmacks- noch ein Geruchsbild der Aussenwelt, sondern nur einzelne in sich unzusammenhängende Geschmäcke und Gerüche. Alle diese Siunesempfindungen sind für sich allein ungeeignet, Vorstellungen oder Vorstellungsreihen zu Stande zu bringen; sie finden ihre psychische Verwerthung nur durch Verknüpfung mit Empfindungen der Löheren Sinne, mit anderweitig erworbenen Erinnerungsbildern und Vorstellungen.

Ganz anders verhalten sich die höheren Sinne, das Gehör einerseits, das Gesicht und Getast andererseits. Die einzelnen Tone sind allerdings nur einfache Sinneswahrnehmungen, apalog den Gerüchen und Geschmäcken; wir nehmen aber ausserdem auch noch das Verhältniss wahr, in welchem die auf einander folgenden oder gleichzeitig erklingenden Töne zu einander stehen. Während die specifische Art der Empfindung eines Tones etwas uns von Haus aus Gegebenes ist und es sich dabei lediglich um die passive Aufnahme eines äusseren Reizes bandelt, muss die Wahrnehmung des Verhältnisses verschiedener Töne zu einander, z. B. desjenigen zwischen Grundton und Octave, erst erlernt werden, es tritt also ein actives Element hinzu. Wir stellen gewissermassen activ unseren Organismus vom Grundton auf die Octave ein, diese Arbeit wirkt als Reiz auf corticale Ganglienzellengruppen, wird als eigenartige Empfindung wahrgenommen und verbleibt in unserem Gedächtniss (Intervallempfindung). Nicht nur das Verhältniss auf einander folgender, sondern auch dasjenige gleichzeitig erschallender Tone vermögen wir aufzufassen und zu behalten. Wir erhalten dadurch die verschiedenen Klangfarben der musikalischen Instrumente und der Stimme.

Die Intervallempfindung ist von der Tonhöhe unabhängig, wir müssen stets dieselbe Arbeitsleistung vornehmen, von welchem Grundton immer zu seiner Octave wir uns einstellen. Das Organ dieser Einstellung ist nicht der Keblkopf, sondern es liegt wahrscheinlich subcortical.

Das Erkennen der Form eines Gegenstandes ist unabhängig von der Grösse seines Netzhautbildes. Sobald wir einen Gegenstand nur einmal in einer einzigen Entfernung gesehen und aufgefasst baben, erkennen wir ihn innerhalb gewisser Grenzen in allen möglichen Entfernungen wieder.

Wir fassen nämlich beim Sehen einer bestimmten Form die Beziehung einer Anzahl von Punkten des Gegenstandes zu einander auf, diese Beziehung wird für je zwei Punkte durch eine beide verbindende Linie ausgedrückt. Jeder solchen Linie entspricht ein bestimmtes Verhältniss in der Innervation der Augenmuskeln, welches ungeändert bleibt, wenn diese Richtungslinie parallel zu sich selbst verschoben wird, d. h. wenn wir den Gegenstand

Digitized by GOOGLE

aus einer anderen Entfernung betrachten. Jede derartige Innervation erzeugt nun im optisch-motorischen Felde des Grosshirns eine bestimmte Empfindung, die Richtungsempfindung, welche der Intervallempfindung beim Gehör entspricht. Die optische Raumvorstellung der Fläche ist die associirte Summe aller Richtungsempfindungen des Auges. Die Auffassung der Tiefe, der dritten Dimension wird ebenfalls durch Richtungsempfindungen bedingt, welche von der gleichzeitigen Innervation der beiden geraden inneren Augenmuskeln abhängen.

Die Vorstellung des Tastraumes beruht auf Richtungsempfindungen, welche uns über die Lage der zum Tasten benutzten Glieder orientiren. Dass es sich thatsächlich um die Richtung handelt, geht daraus hervor, dass wir eine einmal mit einem Körpertheil gelernte complicirte Bewegung mit jedem anderen beweglichen Körpertheil ohne Weiteres nachahmen, also

z. B. mit der Fussspitze schreiben können.

Anhangsweise erwähnt Verfasser noch eine Beobachtung. Ein Arbeiter bekam in Folge von Compressionsfractur der unteren Brustwirbel eine Lähmung der unteren Extremitäten, welche so weit zurückging, dass nur noch Fuss und Zehen motorisch total gelähmt, die Sensibilität dieser Theile aber intact war. Ein Stich in die grosse Zehe bewirkte bei dem Verletzten die Empfindung einer Beugung dieses Gliedes, obwohl eine solche nicht erfolgte. Es wurde also reflectorisch eine Bewegungsempfindung ausgelöst, ohne dass die zugehörige Bewegung wirklich ausgeführt wurde.

Groenonn.

XCII) Th. Tiling: Ueber alcoholische Paralyse und infectiose Neuritis multiplex.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrank-

heiten, II. Bd., Heft 2, Halle 1897.)

Ziemlich summarische Darstellung der Lehre von der alcoholischen Polyneuritis und der sie begleitenden Geistesstörung (polyneuritische Psychose Tiling identificirt diese Krankheit, deren Haupt-Korsakow's). symptome er durch eine Krankengeschichte illustrirt, mit der alcoholischen Paralyse, was nicht unbedingt als richtig anerkannt werden kann, namentlich nicht, wenn man, wie es der Verfasser thut, die psychische Störung "mit dem Worte Gedächtnisstörung fast erschöpft" sein lässt. stellung wird im Einzelnen vielfach auf Widerspruch stossen. entschieden bestritten werden, dass die alcoholische Neuritis fast immer als unheilbar anzusehen sei. Die eigenartigen Confabulationen des Kranken sind nicht einfach die Folgen der Gedächtnissschwäche. Wenn der Verfasser glaubt, dass die ganze Symptomatologie der polyneuritischen Psychose und der alcoholischen Paralyse in das Wort "amnestischer Schwachsinn" zusammengefasst wesden könne, so möge hier nur auf die Arbeiten von Klewe, Beka, Godet und Francotte, auf die Schilderung des Leidens bei Kräpelin u. A. verwiesen sein, wo z. B. gerade auf das Vorkommen eines blübenden Grössenwahns Nachdruck gelegt wird, das Tiling in Abrede stellt. Bei Besprechung des pathologisch-anatomischen Befundes vermissen wir als wichtigstes anatomisches Substrat der alcoholischen Paralyse die diffuse Gehirnatrophie. Tiling halt die Differential-

Digitized by GOOGIC

diagnose zwischen der alcoholischen paralytischen Demenz und der allgemeinen progressiven Paralyse für nicht sehwer. So sollen "das Behen, Vibriren, die Incoordination an Lippen, Zunge und anderen Gesichtsmuskeln", ferner Sprachstörung, sowie die anfänglichen Kopfschmerzen, nur der allgemeinen progressiven Paralyse zukommen. Referent möchte im Gegentheil betonen, dass es gerade diese Erscheinungen sind, welche man bei Alcoholparalytikern bäufig findet und die nicht selten Anlass zu Fehldiagnosen geben.

Als störend fällt auf, dass Tiling den Alcoholismus an mehreren Stellen als "Infection" bezeichnet. Gaupp (Breslau).

XCIV) Redlich: Die Pathologie der tabischen Hinterstrangserkrankung. Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Rückenmarkshinterstränge. (Jena. Gustav Fischer. 1897. 205 S)

Das vorliegende Buch stellt eine umfassende Bearbeitung des Themas Unter kritischer Benutzung des gesammten in der einschlägigen Litteratur niedergelegten Materials und gestützt auf zahlreiche eigene anatomische, pathologisch-anatomische und experimentelle Untersuchungen wird versucht, die Frage nach der Pathogenese der tabischen Hinterstrangserkrankung ihrer Lösung entgegenzuführen. Verfasser theilt den Stoff in vier Abtheilungen ein: die normale Anatomie der hinteren Wurzeln und des Hinterstranges; die pathologischen Veränderungen des Hinterstranges und des Hinterhorns bei der Tabes dorsalis; zur Aetiologie der Tabes, und die Pathogenese der tabischen Hinterstrangserkrankung. Bezüglich der normalen Anatomie der Hinterstränge seien folgende, einige streitige Fragen betreffende Punkte hervorgehoben: Nach Durchschneidung hinterer Wurzeln tritt stets nur Degeneration des Hinterstranges und des Hinterhornes der gleichen Seite, nicht aber Degeneration des eutgegengesetzten Hinterstrangs oder anderer weisser Strange ein. - Ob die absteigend degenerirenden Hinterstrangsabschnitte (Schultze'sche Kommabundel und dorsomediales Hinterstrangsfeld) endogene oder exogene Fasern enthalten, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, doch scheint dem Verfasser mehr für die exogene Natur dieser Fasern zu sprechen; in ihnen würden daun die absteigenden Schenkel der hinteren Wurzeln zu finden sein. Dagegen nimmt Verfasser als wahrscheinlich an, dass im Hinterstrang endogene, der grauen Substanz entstammende Fasern sich vorwiegend im ventralen Abschnitt des Hinterstrangs sammeln und dort ein einigermassen geschlossenes Gebiet darstellen. - In dem zweiten Abschnitte werden zunächst die tabischen Veränderungen für jede einzelne Rückenmarkshöhe ausführlich beschrieben und dabei nachgewiesen, dass die tabische Degeneration überall den Gesetzen der Degeneration der hinteren Wurzeln folgt; darauf wird unter kurzer Zurückweisung der Theorie von Adamkiewicz, dass die tabischen Veränderungen sich den Gefässgebieten anschliessen, die Frage scharf dabin formulirt: Erkranken bei der Tabes zunächst nur bestimmte Antheile der hinteren Wurzeln, denen eine ganz bestimmte Lage, ein bestimmter Verlauf und vielleicht auch eine bestimmte Function zukommt, st also die tabische Hinterstrangserkrankung eine systematische De-

generation im Sinne Flechsig's und Strümpell's, eine elective Hinterwurzelerkrankung (Mayer) oder handelt es sich um eine segmentweise auftretende Erkrankung der binteren Warzeln, ein gleichmässiges Befallenwerden ihrer Fasern. Verfasser neigt, wie auch schon in früheren Arbeiten, der letzteren Auffassung zu: die tabische Hinterstrangserkrankung beginnt in der Weise, dass in einer beschränkten Partie des Rückenmarks ganze Wurzelgebiete, wenn auch schwach degeneriren, der weitere Fortschritt besteht darin, dass immer neue Segmente befallen werden, andererseits die bereits ergriffenen intensiver erkranken. So ist die tabische Hinterstrangserkrankung keine Systemerkrankung im gewöhnlichen Sinne, höchstens eine Erkrankung im System der hinteren Wurzeln, eine Degeneration der spinalen Ausbreitung des centripetalen Protoneurons (Massary). - Die Erörterung der ätiologischen Verhältnisse der Tabes führt den Verfasser zu dem durch eigene statistische Feststellungen gestützten Schluss, dass der Syphilis eine massgebende ätiologische Rolle in mehr als der Hälfte der Fälle zuzumessen sei, dass jedoch die Tabes nicht mit den gewöhnlichen Erscheinungsformen der Syphilis zu identificiren sei; Verfasser lässt jedoch die Möglichkeit offen, dass in einer kleinen Auzahl von Fällen anderweitige infectios-toxische Processe, weiterhin auch Erkältungen und Traumen den ätiologischen Factor abgeben können.

Wahrscheinlich bedarf es jedoch für die Entwicklung und Progression der Tabes weiterer Hülfsmomente, hier kommen besonders Ueberanstrengungen speciell der unteren Extremitäten und Erkältungen in Betracht. — In dem letzten der Pathogenese der Tabes gewidmeten Abschnitte werden sämmtliche bisher aufgestellten Theorien der Tabes einer eingehenden kritischen Untersuchung unterzogen; von einer solchen wird auch die frühere vom Verfasser selbst in Gemeinschaft mit Obersteiner aufgestellte Theorie

nicht ausgenommen.

Vorfasser kommt zu dem Schluss, dass keine der bisher aufgestellten sei es, dass sie die Hinterstrangserkrankungen von einer Affection der peripheren Nerven oder der Spinalganglienzellen oder der hinteren Wurzeln oder der Meningen ableite, vollkommen befriedige. Verhältnisse, die diese Erkrankung bedingen, sind vielmehr recht complicirte: sie stellen sich nach der Schilderung des Autors etwa folgendermassen dar: Es kommt zu einer Degeneration der hinteren Wurzeln, die zunächst die centralwärts von der Eintrittsstelle der hinteren Wurzeln gelegenen Abschnitte derselben betrifft und wahrscheinlich ihren Ausgangspunkt von der Eintrittsstelle der Wurzeln nimmt, die schon vermöge ihrer physiologischen Verhältnisse gegen Schädlichkeiten weniger widerstandsfähig erscheint als normal. Erst in zweiter Linie wird auch der dem Spinalganglion anhaftende extramedulläre Theil der hinteren Wurzeln, sei es durch längeres und intensiveres Einwirken der Schädlichkeit oder durch die aus der Läsion des Neurons sich ergebenden Veränderungen betroffen. Dieser Untergang der Nervenfasern an der Eintrittsstelle ist in selteneren Fällen durch eine Meningitis mit Schrumpfung, Infiltration der Wurzeln, Druck und Fortpflanzung von Entzundungsvorgängen von Seiten unveränderter Gefässe bedingt. Da aber nicht in allen Fällen von Tabes Veränderungen an den Meningen sich finden, so müssen noch andere Momente zur Erklärung herangezogen werden. Diese

findet Verfasser in der directen oder indirecten Schädigung der Nervenfasern durch die Toxine der Syphilis, auf die ihrerseits auch die meningitischen Veränderungen am leichtesten zurückzuführen sind. Und während so die Syphilis oder in seltenen Fällen ihr ähnlich wirkende toxisch-infectiöse Momente den Krankheitsprocess auslösen, treten andere Momente als Hilfsursachen in Thätigkeit — Ueberanstrengung, Erkältung etc. — und bedingen eine stetige Progression des krankhaften Zustandes.

In den Schlussworten seines inhaltsreichen Buches weist Verfasser — mit vollem Recht — nachdrücklich darauf hin, dass die Tabes keine Rückenmarksaffection allein sei, sondern eine ausgedehnte Erkrankung des Nervensystems darstellt. Das einigende Band, welches alle diese so verschiedenen Theile des Nervensystems betreffenden Erkrankungen zusammenhalte, sei das der gemeinsamen Aetiologie.

Der Abhaudlung ist eine Anzahl vorzüglicher Abbildungen beigegeben. Den Schluss macht ein 349 Nummern umfassendes Litteraturverzeichniss. Cassirer (Berlin?.

XCV) Ch. Astié: Le thorax en bateau de la syringomyélie. Thèse de doctorat en médecine.

(Année 1897. Paris. Imprim. de la Cour d'Appel.)

Der trophischen Störungen, die das Krankheitsbild der Syringomyelie begleiten, kennt man bereits eine ziemliche Menge: Muskelatrophien, trophische Störungen der Haut (Morvan'sche Krankheit), voluminöse Hydrarthrosen, Usuren der Epiphysen, Dislocation der Gliedmassen, leichter Bruch der Knochen, Auftreibungen der Enden der Knochen, äbnlich denen der Acromegalie und Skoliosis. Eine neue, bisher nur selten beobachtete trophische Störung ist der "Thorax en bateau", eine Bezeichnung, die Marie der betreffenden Erscheinung passend beigelegt hat. bietet ein ganz characteristisches Aussehen, das ihn leicht von ähnlichen Verunstaltungen, wie "Thorax en entonnoir, Thorax en gouttière, Thorax en proue, Thorax en carène, Thorax des affections naso-pharyngiennes und Thorax plat des myopathiques" unterscheidet. Diese Difformität besteht in einer Einsenkung der medianen vorderen Brustpartie, die indessen stets nur oberhalb einer Linie sich zeigt, die horizontal durch den unteren Rand des grossen Pectoralis (untere Markationsstelle des vorderen Randes der Achselhöhle auf dem Thorax) geht. Man hat gleichzeitig den Eindruck, als ob der Kopf in den Schultern vergraben wäre, die sichtlich nach vorn gezogen erscheinen, äbnlich wie bei schmerzhaften Torticollis. Die Tiefe der Einsenkung variirt nicht unbedeutend. In den vom Verfasser beobachteten, am Schlusse seiner Studie näher berichteten und durch Abbildungen und Thoraxcurven illustrirten 4 Fällen betrug sie 1-5.2 cm. Im Allgemeinen ist dieselbe nicht symmetrisch. - Die Disgnose des Thorax en batean ist. wie schon erwähnt, sehr leicht. Er ist keine Folgeerscheinung der Atrophie der Brustmuskeln, noch der ihn oft begleitenden Skoliose. Er ist vielmehr, wie der Verfasser sehr wahrscheinlich macht, eine trophische Störung, analog denen, die die übrigen Skeletttheile im Verlaufe der Syringomyelie treffen. Eine Störung der darunter liegenden Eingeweide findet nicht statt.

Es handelt sich bei dem Thorax en bateau um ein neues, für die Diagnose wichtiges Symptom.

Buschan.

XCVI) Otto Thilo: Uebungen.

(Sammlung klin. Vorträge Nr. 176. Leipzig 1897.)

Verfasser hat eine Reihe von offenbar recht zweckmässigen Apparaten construirt, welche hauptsächlich auf der Anwendung von über Rollen verlaufenden Gewichtszügen beruhen und welche es ermöglichen, fein abgestufte Widerstandsbewegungen in den verschiedenen Gelenken und Bewegungsrichtungen ausführen zu lassen. Eine nähere Beschreibung der Apparate, welche den Vorzug grosser Einfachheit haben und auch in der Wohnung der Patienten ohne grosse Mühe angebracht werden können, kann hier nicht gegeben werden. Es sei in dieser Beziehung auf das Original, sowie auch auf den kürzlich auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung von dem Verfasser über dasselbe Thema gehaltenen Vortrag verwiesen.

Dass methodische Uebungen in Form von Widerstandsbewegungen bei allerhand Schwächezuständen der Bewegungsorgane von grossem Nutzen sein können, wird Niemand dem Verfasser bestreiten. Sehr bedenklich aber ist die Art, mit der Verfasser den Nutzen derselben zu erklären sucht. Er führt denselben nämlich ausser auf circulatorische und ähnliche Wirkungen besonders auf den Umstand zurück, dass bei Bewegungen gegen Widerstand weniger Kraft verbraucht würde, wie bei Bewegungen ohne Widerstand.

Diesen höchst absonderlichen Satz, nach welchem eine Mehrleistung an mechanischer Arbeit mit einer Verminderung der aufgewendeten Energie einhergehen soll, deducirt der Verfasser aus dem Gesetz von der autagonistischen Muskelinnervation. Er stellt sich auf Grund dieses Gesetzes vor, dass z. B. bei einer Dorsalflexion des Fusses die Dorsalflexoren und Plantarflexoren innervirt würden. Wird nun die Dorsalflexion gegen Widerstand ausgeführt, so wird die Wirkung der Plantarflexoren durch die äussere Zugkraft ersetzt, es werden also nur die Dorsalflexoren contrahirt und es braucht daher "der menschliche Körper nur halb so viel Kraft zu liefern, wie bei der Rückenbeugung des Fusses ohne Widerstand".

Wenn diese Anschauung richtig wäre, so würde die Natur unsere Bewegungsorgane in einer entsetzlich unpractischen Weise angelegt haben. Denn wir würden dann bei allen unseren freien ungehinderten Bewegungen mehr Kraft verbrauchen als wenn wir Lasten bewegten.

Aber sie ist sicher falsch. Denn erstens ist das Gesetz von der antagonistischen Innervation ueuerdings als widerlegt anzusehen, besonders durch die schlagenden von E. Hering beigebrachten Gegenbeweise.

Zweitens aber ist auch dann, wenn man noch auf dem Boden dieses Gesetzes steht, die Anschauung des Verfassers keinesfalls haltbar.

Denn es ist doch ohne Weiteres klar, dass beim Ersatz der Antagonistenwirkung durch einen äusseren Zug die Kraftersparniss, die aus dem Wegfall der Antagonistencontraction resultiren könnte, reichlich übercompensirt würde durch den vermehrten Kräfteaufwand, mit dem der Agonist contrahirt werden muss.

Also auch wenn der Verfasser von dem Gesetz der antagonistischen Innervation ausging, brauchte er doch nicht zu der krassen Auschauung zu gelangen, dass einer grösseren mechanischen Arbeit ein geringerer Kraftaufwand entspreche.

Auch die klinischen Beobachtungen, die der Verfasser als Beleg für seine durch die Uebungstherapie erzielten Erfolge anführt, gestatten mancherlei Einwände, worauf bier jedoch nicht näher eingegangen werden soll.

Hervorgehoben sei nur, dass die Beobachtung des Verfassers, dass bei manchen organischen Lähmungen (z. B. in einem Falle von Kinderlähmung) eine Bewegung, die ohne Anstrengung unausführbar ist, gegen einen leichten Widerstand ausgeführt werden kann, sicher unrichtig ist, wie Referent nach seinen an zahlreichen Gelähmten angestellten Untersuchungen mit Bestimmtheit behaupten kann.

Wo dieses Verhalten vorkommt, handelt es sich sicher nicht um eine reine organische Lähmung, sondern es spielen psychogene Momente dabei mit.

Wenn die Thilo'sche Arbeit auch vom psychologischen und klinischen Standpunkt vielerlei Einwände herausfordert, so erscheint sie doch vom Gesichtspunkt der practischen Therapie recht beachtenswerth.

Die Anwendung und Nachprüfung der einfachen und zweckmässigen Apparate des Verfassers scheint dem Referenten recht empfehlenswerth und erfolgversprechend.

Mann (Breslau).

XCVII) L. Bruns: Die Hysterie im Kindesalter. (Sammlung zwangleser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten. I, 5 u. 6. Halle 1897.)

Eine ausgezeichnete Arbeit, deren Lecture jedem Arzt dringend zu empfeblen ist! Bruns steht bezüglich der Auffassung des Wesens der Hysterie auf dem Standpunkt von Möbius, der hoffentlich allmählich der allgemeine werden wird. Sämmtliche Symptome der Hysterie sind psychisch bedingt und nur solche Symptome sind als hysterisch anzuerkennen, die auch willkürlich hervorgerufen, eventuell also auch simulirt werden können. Die Krankheitserscheinungen aber, welche den Stempel ihrer organischen Natur an der Stirne tragen, können bei uncomplicirter Hysterie nicht vorkommen.

Die Hysteria infantilis unterscheidet sich symptomatologisch nud prognostisch wesentlich von der Hysterie der Erwachsenen; daraus ergiebt sich die Berechtigung und Zweckmässigkeit ihrer gesonderten Darstellung. Dass diese aus der Feder von Bruns, der, abgesehen von seiner grossen neurologischen Erfahrung, als Oberarzt eines Kinderkrankenhauses unter den therapeutisch günstigsten Bedingungen thatig ist, eine besonders glückliche sein werde, war von vorneherein zu erwarten.

Aus dem reichen Inhalt der Schrift möge Einiges hier mitgetheilt werden: Die kindliche Hysterie macht etwa 20° o aller Fälle von Hysterie aus, ist bei Knaben so häufig wie bei Mädchen. Sociale Verbältnisse ziemlich belauglos. Häufig directe homologe Vererbung. Nachahmung, mangelhafte Erziehung sind von ätiologischer Bedeutung. Die auslösenden Momente liegen wesentlich auf psychischem Gebiet; so namentlich Schreck und Furcht. Symptomatologisch tritt die Kinderhysterie sehr häufig monosymptomat

tisch auf. Hysterische Stigmata fehlen meist. Hysteroepileptische Anfalle Das Einzelsymptom ist meist drastisch (Hystérie massive). Häufig sind Lähmungen in allen Variationen, meist ohne Betheiligung des Gesichts, schlaff oder mit Contracturen. Seltener sind Sensibilitätsstörungen, vollständige Hemianästhesie hat Bruns im Kindesalter nie gesehen. Ferner sind zu nennen: Astasie und Abasie, Mutismus, Stottern, Blepharospasmus, selten eigentlicher Tremor, häufiger choreatische Bewegungen. Tie convolsif, grimmassirende Bewegungen, Chorea rhythmica, halbseitige Aufälle, hysteroepileptische Krämpfe. Die grossen Anfälle sind selten; meist spielen sich die hysterischen Anfälle der Kinder ganz auf psychischem Gebiete ab. Vereinzelt Somnambulismus, Chorea magna, Besessenheit. hysterischer Husten, Tachypnoe. Eigentliche Neuralgien selten, häufiger Vereinzelt Amblyopie oder Amaurose eines Auges, Gelenkneuralgien. Gesichtsfeldeinengung, Taubheit und Taubstummheit, manchmal Dysphagie, Anorexia mit Nahrungsverweigerung. Selten Oedeme. Manchmal trophische Störungen in Folge von Selbstverletzungen. Hysterisehe Kinder sind häufig verzogen, unartig, oft wehleidig. Bestimmte Characteristica der Psyche des hysterischen Kindes lassen sich jedoch nicht anführen.

Die Diagnose der Hysterie ist meist, wenn auch nicht immer, leicht, sobald man tiberhaupt an Hysterie denkt. Die hysterischen Symptome verrathen ihren psychischen Ursprung. "Die Hysterie emancipirt sich in "ihren Symptomen und speciell in der Gruppirung derselben vollständig von nden uns bekannten anatomischen Grundsätzen und Verhältnissen." Dieset Satz mag als diagnostischer Leitsatz hier besonders hervorgehoben werden. Mit Recht weist ferner Bruns die namentlich von französischer Seite stammende Behauptung zurück, dass Simulation bei der Hysterie und namentlich bei der kindlichen Hysterie nicht vorkomme. Aber er betont — und das ist angesichts der Antipathie gegen die Hysterie, die man bei practischen Aerzten noch häufig findet, besonders hervorzuheben -, dass, wenn auch das einzelne Symptom bisweilen bewusst vorgetäuscht werde, darum die krankhafte Grundlage, die Hysterie, nicht minder bestehe, dass man also aus dem Nachweis einer Simulation noch nicht ohne Weiteres die Berechtigung schöpfen dürfe, die Krankheit überhaupt zu negiren.

Die Prognose der kindlichen Hysterie ist nach Bruns' Erfahrungen nicht nur für die Einzelerscheinung, sondern auch für die Krankheit an sich eine relativ günstige. Hier unterscheidet sich also die Kinderhysterie fundamentell von der Hysterie der Erwachsenen. Die Ursache dieser Differenz liegt auf psychologischem [Gebiet: das Kind ist leichter psychisch zu beeinflussen. Den prophylactischen Bestrebungen sind enge Grenzen gezogen. Verhütung convergirender Belastung, wie sie aus der Ehe zweier nervöser Individuen resultirt, zielbewusste Erziehung, Unterricht in öffentlichen Schulen zusammen mit gesunden anderen Kindern sind hauptsächlich zu nennen.

Von besonderem Interesse sind die Ausführungen des Verfassers über die Therapie der kindlichen Hysterie. Die Behandlung ist eine ausschliesslich psychische. Im Vordergrund steht das Princip der Isolirung. Das kranke Kind muss aus seinen bisherigen Verhältnissen herausgerissen, von seinen Eltern völlig getrennt und wenn möglich in einem Krankenhaus

untergebracht werden. Der Hausarzt ist, da er als "Onkel Doctor" meist nicht die nöthige Autorität und damit suggestive Kraft besitzt, weniger geeignet, als der fremde Arzt. Die Art der Behandlung kann nach zwei Methoden stattfinden: nach der Ueberrumpelungsmethode und nach der Methode der zweckmässigen Vernachlässigung. Die erste Methode wirkt rascher und sicherer. Womöglich soll hierbei die Behandlung in derselben Sitzung bis zur vollen Heilung durchgeführt werden. Die unmarkirte psychische Behandlung namentlich in der Form energischer verbaler Suggestion, ist der markirten (electrische und Wasserbehandlung) vorzuziehen. Die Hypnose wird mit Recht nicht empfohlen. Kommt der Arzt nicht zum Ziel, so rede er zu Versuchen mit der illegitimen Medicin zwar nicht zu, rathe aber auch nicht unbedingt davon ab. Dieser Charcot'sche Grundsatz empfiehlt sich nicht nur im Interesse des Kindes, das auch bei der illegitimen Medicin manchmal noch Heilung findet, sondern auch aus Gründen der Klugheit. Gaupp.

XCVIII) S. Kalischer: Was können wir für den Unterricht und die Erziehung unserer schwachbegabten und schwachsinnigen Kinder thun?
(Berlin. 1897.)

Die Uebergangsformen von Imbecillität resp. Idiotie zur Norm bilden allenthalben ein Kreuz für Unterricht und Schulmeister. K.'s Schrift bezweckt die Ancegung zur Errichtung resp. zur Erweiterung der "Hilfsschulen", welche die Primärschulen in dieser Beziehung entlasten sollen. Der blosse Nachbilfe-Unterricht der Schwachbegabten sei zu verwerfen. ebenso der nachträgliche Unterricht älterer Schüler, bei denen alle Mühe vergebens gewesen, in besonderen "Abschlussklassen". Gefordert werden vielmehr vollkommen selbstständig organisirte Hilfsanstalten mit eigens herangebildeten, psychologisch sorgfältig geschulten Lehrkräften. weisung an diese Schulen soll durch den Arzt erfolgen. Der Unterricht sei kurz zu bemessen. Der Anschauungsunterricht und die Anleitung zu practischer Thätigkeit soll die Grundlage des Lehrplans sein. Jede grössere geistige Inanspruchnahme, die "häusliche Arbeit" etc. soll in Wegfall kommen, dagegen sollen die Kinder auch ausser der Schulzeit beschäftigt und beaufsichtigt werden. Der Besuch dieser Hilfsschule sei länger auszudehnen als derienige der Primärschule, da sie zugleich die berufliche Vorbereitung (Unterricht der Zöglinge durch besondere Werkmeister in bestimmten Handwerken) übernehmen solle. Die professionelle Unterbringung der entlassenen Schüler sei durch staatliche Prämien für Aufnahme schwachbegabter Gesellen zu fördern.

Der Procentsatz der minderbegabten Kinder wird verschieden angegeben (von $0.4-1.8^{\circ}|_{0}$). In einer Anzahl grösserer Städte bestehen bereits Hilfsklassen, welche in dem beregten Sinne thätig sind. In Berlin ist bis jetzt nach der Darstellung des Verfassers am wenigsten für die Heranbildung der geistig schwach entwickelten Schulkinder gethan worden. Von den 183,000 Gemeindeschülern kann man etwa 1-2000 als ungeeignet für den Normalunterricht betrachten. Von diesen erhalten indessen nur 195 in Dalldorf und 93 weitere auf privatem Wege besondere Berücksichtigung. Die vorzeitige Ausschulung so zahlreicher, geistig grösstentheils noch

bildungsfähiger Individuen liefert ein erhebliches, theilweise sicher verwendbares Contingent zur späteren Insassenschaft unserer Gefängnisse, Irrenund Armenanstalten.

K. schlägt ärztlicherseits vorzunehmende, systematische Erhebungen über diesen Gegenstand vor. Wer sich für das Kapitel näher interessirt wird den der Arbeit beigegebenen Fregebogen mit Nutzen verwenden können.

Jentsch.

XCIX) E. Hallervorden: Abhandlungen zur Gesundheitslehre der Seele und Nerven. I. Arbeit und Wille. Personenkunde oder klinische Psychologie zur Grundlegung der Psychohygiene.

(A. Stüber's Verlag, Würzburg, 1897.)

Auch das vorliegende 3. Heft behandelt eine Reihe diverser, zum grösseren Theile in keinem Zusammenhange stehender Sujets. § I, II, III und IV enthalten lediglich Polemisches, das hauptsächlich gegen Kräpelin, zum Theil auch gegen Wernicke und Flechsig gerichtet ist; letzteren beiden Autoren spricht der Verfasser die klinische Sachverständigkeit für die psychischen Vorgänge ab. In § V wird Herrn Lenzmann, der bekanntlich keinen Anstand nahm, im Reichstage alle die Märchen von widerrechtlicher Freiheitsberaubung durch Irrenärzte aufzutischen, energisch der Text gelesen und ihm das "Schuster bleib bei deinem Leisten" an Gemüthe geführt, und in § VI Frau Marie Mellien bei aller Hochachtung vor ihrer Persönlichkeit zu verstehen gegeben, dass sie ihre Besuche in den Gefängnissen für jugendliche weibliche Sträflinge wegen mangelader Vorbildung für den Verkehr mit derurligen Individuen besser unterlassen würde.

§ VII behandelt: "Einiges Licht über und durch das Interferenz-

princip".

§ VIII. "Organgefühle und electrische Nervengesetze". Der Verfasser bekennt sich hier zu der Anschauung, dass alle Commissuren ihren Hauptwerth erst in der Möglichkeit "nervöser Kreisströme" erlangen, welche beide Körperhälften wie im Centrum, so auch in der Peripherie beliebig und ununterbrochen verbinden.

Die Organgefühle, z. B. Hunger, gehen nach H. in höheren Stufen in Angstgefühle über; dies gilt auch für die Organgefühle im Kopfe Den Vermittler der zur Angst ausartenden Empfindungen bildet zumeist der N. vagus, "der mittels Kreisstroms, in Peripherie und Medulla oblorgata für beide Seiten geschlossen, durch Selbsttetanisirung auch den corticalen Kreisschliessend, die Angstgefühle bei manchen Menschen bis zur Sinnlosigkeit steigert, Strom auf Strom setzend durch superponirende Interferens."

Mit dem von Schönle in in seiner Arbeit über Torpedo zuerst gehrauchten Ausdruck "Selbsttetauisirung" bezeichnet der Verfasser die automatische Höchststeigerung einer Reaction, die namentlich auf psychischem Gebiete bei Kindern, gewissen Thieren (z. B. Pferden), dann auch bei Massenansammlungen, bei Unglücksfällen etc. zu beobachten ist. Normale Selbsttetanisirung ist die Anfangsmühe, eine persöuliche, aber nach dem Object der Arbeit relative Grösse"

Für das bunte Vielerlei, welches den Inhalt auch dieses Heftes bildet, ist offenbar weniger ein bestimmter Plan als die Neigung des Autors, zafälligen momentanen Einfällen zu folgen, bestimmend gewesen. Wenn schon

dieser Umstand nicht geeignet ist, das Interesse des Lesers für die noch zu erwartenden Abhandlungen zu erhöhen, so gilt dies noch mehr für die auch in dem vorliegenden Hefte wiederkehrende endlose Anhäufung psychophysiologischer Hypothesen, mit deren Begrünfung der Autor sich keine weitere Mühe macht, mit den Abirrungen auf das Gebiet naturphilosophischer Speculation und der zum Theil gesuchten Geschraubtheit der Darstellung. Von der Meisterschaft, welche sich in der Beschränkung zeigt und die namentlich auf einem eben erst in Angriff genommenen Arbeitsgebiete erforderlich ist, ist der Autor offenbar noch sehr entfernt, und wir fürchten, wenn or sich dieselbe nicht alsbald aneignet, dass auch Diejenigen, welche bisher seinen Bestrebungen sympathisch gegenüberstanden, ihr Interesse für dieselben verlieren werden.

C) O. Snell: Grundzüge der Irrenpflege.

(Berlin, Georg Reimer, 1897.)

Das handliche, leicht gebundene Büchlein enthält in schönem Druck, auf wenig über 100 Seiten kurz, doch umfassend und klar die wichtigsten Gesichtspunkte und Massnahmen der heutigen Irrenpflege in der Austalt. Der Zweck, dem angehenden Psychiater ein Leitfaden, dem practischen Arzte ein Rathgeber zu sein und im Uebrigen zu zeigen, was in einer solchen Anstalt zu leisten ist, wird ausnehmend wohl erreicht. Nichts Wichtiges fehlt, streitige Punkte sind möglichst vermieden oder in an. gemessener Art vorgetrageu. Ein relativ nicht kurzer Abschnitt behandelt des Gegenstandes historische Seite. Allgemeines über den Umgang mit Geisteskranken, Eignung zum Wärterberuf (geistliche Orden ausgeschlossen) etc. folgt, worauf der specielle Theil den grossen Raum einnimmt. Die Irrenanstalt, Lage, Grösse, Bauart derselben und je nach den gegebenen Verhältnissen ihre verschiedenen Abtheilungen für Frischaufgenommene, Ueberwachungsbedürftige, Unruhige, Ruhige, Unreinliche etc. werden geschildert, die Behandlungsart: Bettbehandlung, Beschäftigung, Unterhaltung beschrieben und erklärt. Einzelne besondere Schwierigkeiten der Behandlung, wie Nahrungsverweigerung, Katheterismus, Unreinlichkeit u. s. w. sind eingehender durchgenommen. Zum Schluss kommt noch die Dienstvertheilung der Aerzte, des Wartepersonals und der übrigen Beamten und einiges über die Fürsorge der entlassenen Kranken. Nochmals: Es kann ein Buch nicht leicht passender für seinen Zweck geschrieben sein.

Wolff (Münsterlingen).

CI) Atti del IX. Congresso della società freniatria Italiana tenuto in Firenze dal 5. al 9. Ottobre 1896.

(235 p. gross 80, 1897, Reggio-Emilia, S. Calderini.)

Die in der anatomischen Section gemachten Mittheilungen von Vassale über anatomisch-pathologische Unterschiede zwischen primären und secundären Systemerkrankungen im Rückenmark, ferner von Vassale und Donaggio über Veränderungen des Rückenmarks bei Hunden nach Entfernung der Nebenschilddrüsen, endlich von Donaggio über Veränderungen der Nervencentren nach experimenteller Diphtherie-Intoxication sind ausführlich publicirt in der Rivista sperimentale, Vol. XXII und von mir

bereits referirt worden. Aus den weiteren Mittheilungen sind diejenigen von Levi, Bianchi, Andriani, Lugaro und Belmondo von Interesse. Levi, Lugaro und Belmondo arbeiteten namentlich mit der Methode von Nissl und zwar untersuchte ersterer Embryonen von Nagethieren, ferner Regenwurm, Frosch und andere niedere Thiere. Er fand allenthalben die fibrilläre bezw. netzförmige Structur mit Nissl'Körpern. Lugaro's Arbeit betrifft Intoxicationen mit Blei und Arsen, bestätigt im Wesentlichen die von anderer Seite gemachten Angaben. Belmondo's Untersuchung eines Falles von rasch verlaufender Paralyse constatirt Verkleinerung der Zellen, namentlich der Pyramiden, Pigmentatrophie, Vacuolenbildung, intensive Färbung des Zellkörpers. Die Structur erscheint vermischt, die Färbung diffus, der Kern klein, ohne erkennbare Structur, intensiv gefärbt, der nucleolus unverändert.

Eine Arbeit von Pellizzi: Secundäre Veränderungen nach Gehirnläsionen (Untersuchungen nach Marchi) bringt nichts Neues.

Die Mittheilung Bianchi's betraf einen Tumor des Frontalhirns, nach einem Trauma entstanden.

Am werthvollsten erscheinen die Mittheilungen Andriani's, der experimentelle Untersuchungen über die Localisation des Tastgefühls, des Geruchs und Geschmacks bei Hunden und Affen anstellte, indem er die Rinde theils abtrug, theils electrolytisch zerstörte. Die Operationen wurden theils einseitig, theils doppelseitig vorgenommen und betrafen die Umgebung der fossa Sylvii und den Hippocampus. Ohne auf die weiteren Einzelheiten hier näher einzugehen, will ich nur bemerken, dass sich vor Allem eine weitere Ausdehnung der Localisation des Tastgefühls bezw. der sogen. Fühlsphäre Munk's und eine enge Nachbarschaft zwischen dieser Sphäre und dem Gebiete des Geruchssinnes ergab, worauf in der Discussion speciell Bianchi hinwies.

Tagesfragen.

Die Lage der Irrenfürsorge in Baden.*)

Von Prof. KRAEPELIN, Heidelberg.

Die Geschichte der Badischen Irrenfürsorge ist auf das innigste verknüpft mit derjenigen der Anstalt Pforzheim. Diese letztere wurde im Jahre 1817 an Stelle eines alten, von Mélac zerstörter Siechenhauses erbaut; dabei befand sich auch ein besonderes Haus, in welchem Rasende aufgenommen wurden. Zu Anfang unseres Jahrhunderts wurden zuerst die Waisen, dann die Züchtlinge anderweitig untergebracht, so dass nur noch Irre und Sieche übrig blieben. Der erste für diese Kranken besonders bestellte Arzt war Roller der Aeltere, der 1804 sein Amt antrat. Im Jahre 1826 erfolgte die Ueberführung der Geisteskranken nach Heidelberg in gänzlich unzureichende Räume, doch dauerte es noch bis 1842, bis die erste, von vorn-

^{*)} Nach einem auf der 28. Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärste in Karlsruhe am 6. November 1897 gehaltenen Vortrage.

herein für Geisteskranke gebaute Austalt, Illenau, eröffnet werden konnte. Auch diese neue Anstalt erwies sich allmählich als ungenügend, so dass schon 1864 die Pläne einer weiteren, für 600 Kranke bestimmten Anstalt ausgearbeitet wurden, die als Ersatz für Pforzheim dienen sollte. Der Entwurf wurde jedoch von den Ständen abgelehnt. Zehn Jahre später wurde der Plan zu einer Irrenklinik in Heidelberg vorgelegt, der im Jahre 1878 zur Vollendung gelangte. Gleichzeitig war auch eine Klinik in Freiburg und der Bau je einer kleineren Pflegeanstalt in der Nähe von Heidelberg und Freiburg geplant, doch wurden diese Vorschläge zunächst nicht ausgeführt, da man lieber eine grosse Anstalt in der Nähe von Freiburg errichten wollte, die zugleich dem Unterrichte dienen sollte. Auch dieser Plan jedoch stiess auf Schwierigkeiten, und so kam es denn 1886 zum Bau der Klinik in Freiburg und 1889, 25 Jahre nach dem Auftauchen des ersten Planes, zur Errichtung der grossen Irrenanstalt in Emmendingen, die wesentlich als Ackerbaucolonie durchgeführt wurde.

Die Zahl der in allen diesen Anstalten verfügbaren Plätze betrug im Sommer 1897 rund 2210. In den letzten 20 Jahren ist demnach die Verpflegezister der Geisteskranken um mehr als das Doppelte gestiegen. Trotzdem machen sich schon jetzt wieder in höchst unliebsamer Weise eine Reihe von Anzeichen fühlbar, die darauf hinweisen, dass die Badische Irrenfürsorge den an sie gestellten Anforderungen nicht mehr zu genügen vermag. Das auffallendste dieser Zeichen ist die Entstehung einer Warteliste. Es unterliegt leider keinem Zweisel, dass die regelmässige Erledigung der Aufnahmegesuche in Irrenanstalten in Baden nicht mehr möglich ist. Vor allem erhellt das aus einer Betrachtung der Ueberführungsverhältnisse.

Aus den beiden Kliniken und aus Ille nau sollen die unheilbaren Kranken regelmässig in die Anstalten Pforzheim und Emmendingen verbracht werden, um jederzeit Platz für heilbare Kranke zu schaffen. Die Zahl dieser Ueberführungen aus der Heidelberger Klinik betrug 1893 55, 1894 67, sank aber in den beiden folgenden Jahren auf je 49, obgleich die Aufnahmen der Klinik von 253 auf 271 gestiegen waren. Noch deutlicher wird die Hemmung des Abflusses, wenn man die Zeit in Betracht zieht, welche von der Stellung des Ueberführungsantrages bis zur Durchführung der Verbringung in die andere Anstalt zu vergehen pflegt. Unter 31 Ueberführungen nach Emmendingen konnte die Sache nur in 8 Fällen innerhalb der ersten 3 Monate erledigt werden; die kürzeste Frist betrug 56, die längste dagegen 236 Tage. Bei den Ueberführungen nach Pforzhei m schwankten die Zeiten zwischen 96 und 318 Tagen! Aus diesen Zahlen geht unwiderleglich hervor, dass die grossen Landesaustalten zur Zeit nicht mehr regelmässig aufnahmsfähig sind, sondern nur hie und da noch Kranke aufnehmen können, wenn gerade einmal ein Platz frei geworden ist.

Diese Erscheinung hat nichts Ueberraschendes; sie entspricht genau der in allen Ländern gemachten Erfahrung, dass die Anstaltsbedürftigkeit unserer Kranken, selbst wenn wir die Frage einer wirklichen Zunahme der Geistesstörungen hier offen lassen wollen, in raschem Wachsthum begriffen ist. Die Empfindlichkeit der Bevölkerung gegen die Verpflegung Geisteskranker in der Familie steigert sich, besonders wohl in den grossen Städten. Es erscheint auch nicht zweckmässig, diesem all-

gemeinen Zuge künstlich entgegenzuwirken, weil durch eine umfassendere Anstaltsverpflegung der Geisteskranken die wirthschaftlichen wie socialen Unzuträglichkeiten und Gefahren, die von ihnen drohen, vermindert werden, weil der Fortpflanzung schlimmer Krankheitsanlagen entgegengearbeitet und weil endlich die Wiederherstellung heilbarer Kranker durch eine gut entwickelte und leicht zugängliche Anstaltsfürsorge in hervorragendem Masse begünstigt wird.

In der That sehen wir in allen Deutschen Ländern ein rasches Auwachsen der Anstaltsplätze sich vollziehen. Nach Lähr's Angaben*) ist das Verhältniss der Anstaltsplätze zur Einwohnerzahl von 1852-1890 gestiegen in Preussen von 1:5350 auf 1:905, in Bayern von 1:6019 auf 1:966, in Württemberg von 1:6527 auf 1:719, in dem dichtbevölkerten Sachsen von 1:2519 auf 1:710, in Baden endlich von 1: 2316 auf 1: 663. Offenbar erhebt sich hier die Frage: Wann ist die Grenze erreicht, welche in unseren heutigen Verhältnissen den Bedürfnissen der Irrenfürsorge genügt? In Schlesien beträgt das Verhältniss der Anstaltsplätze zur Bevölkerung augenblicklich etwa 1:863; die Fürsorge wird aber von den Fachgenossen als entschieden ungenügend empfunden. Die Rheinproviuz hat ein Verhältniss von 1:825 aufzuweisen und plant dabei umfangreiche Erweiterungen und Neubauten; Sachs en zeigt das Verhältniss 1: 833 und steht im Begriffe, eine grosse neue Anstalt zu errichten. Württemberg denkt ebenfalls an beträchtliche Erweiterungen der Irrenfürsorge trotz des Verhältnisses von 1: 652, und in ähnlicher Lage befindet sich Hessen mit einem Anstaltsplatz auf 694 Einwohner. Hier werden nicht nur für die Erweiterung von Hofheim 2 Millionen gefordert, sondern es ist im Werke, auch noch zwei einfache Pflegeanstalten für Geisteskranke ins Leben zu rufen. Provinz Brandenburg wird die Irrenfürsorge als zunächst ausreichend bezeichnet; dort finden wir aber auch ein Verhältniss von 1: 520. diesen Erfahrungen lässt sich der Schluss ableiten, dass zur Zeit in Deutschland eine Irrenfürsorge als ungenügend gelten muss, die nicht annähernd einen Anstaltsplatz auf etwa 500 Einwohner zur Verfügung stellen kann. In der Schweiz ist das Bedürfniss schon jetzt sehr erheblich grösser; man fordert dort einen Platz auf 300, ja selbst auf 200 Einwohner!

Baden besitzt augenblicklich 1 Anstaltsplatz auf 818 Einwohner. Die früher angeführte günstigere Angabe von Lähr trifft heute nicht mehr zu, enthält auch möglicher Weise einen Irrthum. Die Zahl der Anstaltsplätze muss demnach heute als entschieden ungenügend bezeichnet werden; wir würden für eine ausreichende Irrenfürsorge bestimmt etwa 3000 Plätze nöthig haben. Däran ändert auch der Umstand nichts, dass sich noch eine Anzahl von Geisteskranken in anderen Anstalten befinden, da ähnliches auch in den übrigen Ländern der Fall und zudem die Verpflegung von Geisteskranken ausserhalb der Irrenanstalten nur in sehr beschränktem Maasse rathsam ist.

^{*)} Die Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke des deutschen Sprachgebiete 1891, S. 228.

Wir können an der Richtigkeit unserer Schlüsse um so weniger zweifeln, als die früher angeführten Eifahrungen hinsichtlich der Ueberfübrungsverhältnisse mit den statistischen Erwägungen in bestem Einklange stehen. Dazu kommt aber, dass auch eine ganze Reihe von anderen Zeichen der Unzulänglichkeit unserer Irrenfürsorge sich mit wachsender Deutlichkeit herausstellen. Die nächste Folge ungenügender Anstaltsplätze für Geisteskranke ist die Ueberfüllung der vorhandenen Anstalten, die Ausnutzung des Raumes über das zulässige Maass hinaus. In der Heidelberger Klinik schwankt der Bestand schon seit geraumer Zeit zwischen 110 und 120 Kranken, obgleich der Platz eigentlich nur für etwa 100 Aehnlich liegen die Verhältnisse in Pforzheim, nicht Betten ausreicht. besser wohl auch in Emmendingen. Daraus entwickelt sich naturgemäss das Bestreben der Anstaltsleitung, die Zahl der Aufnahmen zu verringern, indem alle nicht unbedingt aufnahmebedürftigen Kranken abgewiesen oder vertröstet, die Aufnahmebestimmungen straffer gehandhabt werden. Durch solche Massnahmen ist es bei uns gelungen, die Aufnahmeziffer trotz eher vermehrten Andranges von 271 im Jahre 1895 auf 232 im Jahre 1896 herabzudrücken. Selbstverständlich geht es dabei ohne Schädigung wichtiger Interessen nicht ab. Bekanntlich sind schon geringe Hindernisse im Stande, die rechtzeitige Verbringung von Kranken in die Anstalt wesentlich zu verzögern. So nahmen wir 1896 aus der Stadt Heidelberg 31, aus dem dreimal so grossen Mannheim nur 30 Kranke suf, ein Zeichen dafür, dass schon die kurze Entfernung zwischen den beiden Städten die Aufnahme deutlich erschwert. Dieselbe Wirkung haben die bei uns verhältnissmässig strengen Aufnahmebestimmungen, besonders, wenn sie zur Abwehr des Zuflusses peinlich innegehalten werden. Viel kostbare Zeit geht da verloren. Wer kennte nicht Unglücksfälle und Selbstmorde, die ausschliesslich der Erschwerung der Aufnahmen in die Irrenanstalt zur Last zu legen sind!

Ein weiterer Kunstgriff zur Beseitigung der Ueberfüllung besteht in der Entlassung aller nur irgend für die Familienpflege geeigneten Kranken. Ihre Folge ist die Wiederaufnahme solcher Kranker, deren Zustand sich draussen sofort verschlechtert hat. Die Zahl der Wiederaufnahmen betrug in Heidelberg 1892 24, 1893 27, dagegen 1835 38 und 1896 34. Die letzte Besserung ist jedoch nur eine scheinbare; sie steht im Zusammenhange mit der von uns durchgeführten Massregel, die Wiederaufnahme solcher Kranker, die sich als für die Klinik ungeeignet erwiesen hatten, abzulehnen.

In der Anstalt selbst kommt es durch diese Entwickelung der Dinge zu einer Anhäufung unruhiger Kranker über das Mass dessen hinaus, was die Einrichtungen derselben ertragen können. Damit geht eine Verschlechterung des ganzen Geistes der Anstalt, eine Erschwerung des Dienstes, Ueberlastung und Verbitterung des Pflegepersonals und schliesslich auch der Aerzte, namentlich aber eine schwere Gefährdung des Heilzweckes Hand in Hand. Es wird fortschreitend schwieriger und endlich unmöglich, den eintretenden Kranken Buhe und Sicherheit zu gewähren; die Benutzung der Isolirzimmer und der Verbrauch von Schlafmitteln steigen, und die Anstalt sinkt von dem Bange eines Krankenhauses immer mehr zu Contralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. December Heft 1897.

demjenigen eines Aufbewahrungsortes für unruhige Irre herab. Dass wir auf dem besten Wege sind, diesen Schritt zu thun, dürfen wir uns leider kaum mehr verhehlen.

Eine letzte, nicht minder bedenkliche Folge der Unzulänglichkeit der Irrenfürsorge ist die Anhäufung anstaltsbedürftiger Geisteskranker im Laude. Dieser Vorgang vollzieht sich überall gesetzmässig in gleicher Weise, bis der Druck der Uebelstände so stark geworden ist, dass es zum Bau einer neuen Anstalt kommt. Daher die ganz regelmässig beobachtete Erscheinung, dass sich jede Irrenanstalt kurz nach ihrer Eröffnung bereits als ungenügend erweist, weil man vorher nicht mit der Zahl der zurückgehaltenen Kranken im Lande rechnete, die sich bei der Errichtung eines Zufluchtsortes sehr rasch dort zusammenfinden. So ist es auch zu erklären, dass die Anstalt Emmendingen im Laufe von 8 Jahren nicht weniger als 900 Kranke angesammelt hat, eine Zahl, die sicher über den natürlichen Zuwachs an Geisteskranken in Baden erheblich hinausgeht.

Wir kommen somit zu dem Schlusse, dass augenblicklich in Baden alle bekannten Erscheinungen einer Unzulänglichkeit der Irrenfürsorge bereits vorhanden sind. Diese Erscheinungen werden sich im Laufe der Zeit, wenn nicht rechtzeitig Abhülfe geschafft wird, ohne Zweifel noch deutlicher geltend machen. In der Rheinprovinz hat man die Erfahrung gemacht, dass sich die versorgungsbedürftigen Geisteskranken jährlich um $6^{0}/_{0}$ vermehrt haben, während die Bevölkerung insgesammt nur um $1,7^{0}/_{0}$ gewachsen ist. Man glaubt dort, "selbst bei optimistischer Auffassung", jährlich mit einem Zuwachs von 200 Kranken rechnen zu müssen, für die Anstaltsplätze geschafft werden sollen.

In Baden würden wir unter den gleichen Verhältnissen jährlich etwa 67, mindestens aber 50 Kranke neu zu versorgen haben. Die thatsächliche Zunahme der in Irrenanstalten und in der Kreispflege untergebrachten Kranken mit erworbener Geistesstörung betrug in der Zeit von 1889 – 95 jährlich nicht weniger als 122, so dass auch unsere Annahme als reichlich optimistisch angesehen werden muss. Suchen wir nach den angeführten Zahlen einigermassen sicher den Bedarf an Anstaltsplätzen für Baden festzustellen, so dürfen wir mit Bestimmtheit annehmen, dass schon heute im Lande sich etwa 5–600 Kranke angesammelt haben, die einer neu eröffneten Anstalt sehr bald zuströmen und sie füllen würden; dann kommt aber alle 2 Jahre ein Zuwachs von mindestens ungefähr 100 Kranken.

Aus dieser Umgrenzung des Bedürfnisses ergiebt sich, dass durch eine einfache Erweiterung der vorhandenen Anstalten nicht Rath zu schaffen ist. Die Anstalt Emmendingen verträgt zur Noth noch eine Erweiterung um 100 Plätze; auch Illenau erscheint noch etwas vergrösserungsfähig. Pforzheim aber, die ehrwürdige Mutter der Badischen Irrenpflege, hat nicht nur die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit längst überschritten, sondern sollte je eher je besser sein anachronistisches Dasein als moderne Irrenanstalt beschliessen. Ebenso wenig wie eine namhafte Erweiterung der vorhandenen Anstalten kann die Uebergabe der Kranken in Privatpflege empfohlen werden, wie sie hier und dort noch geübt wird. Wenn es irgend ein Gebiet der allgemeinen Fürsorge giebt, welches sich nicht für die Verwaltung durch private Thätigkeit eignet, so ist es

Digitized by GOOGIC

sicher die Irrenpflege, die in höchstem Maasse des öffentlichen Vertrauens bedarf, wie es nur die Staatsanstalt auf die Dauer zu bewahren vermag. So berechtigt unter gewissen Bedingungen Privatirrenanstalten für wohlhabende Kranke mit hohen Ansprüchen an die äussere Lebenshaltung sind, so verderblich muss mit der Zeit sich immer die Vergebung der allgemeinen Irrenpflege an Unternehmer und Genossenschaften gestalten. Thatsächlich ist man ja auch fast überall von diesem Verfahren vollständig zurückgekommen.

Mehr Berechtigung scheint auf den ersten Blick der Versuch zu haben, einen grösseren Theil der Kranken in den Kreispflegeanstalten unterzubringen, die sich in Baden wegen der Zweckmässigkeit ihrer Einrichtungen und der Wohlthätigkeit ihres Wirkens einen sehr guten Ruf errungen haben. Ende 1896 befanden sich in den Badischen Kreisuflegeanstalten nicht weniger als 44,40 Geisteskranke im weitesten Sinne des Wortes, darunter Cretinen, Idioten, Imbecille, Trinker, Epileptiker, Altersblödsinnige u. s. f. Die Kranken mit erworbener Geistesstörung bildeten allerdings nur 25,9%. Die einzelnen Anstalten zeigten dabei grosse Unterschiede; die Beimischung von Geisteskranken im engeren Sinne sch wankt von 12,1-39,6 %. Die Grunde dafür liegen theils in den baulichen Einrichtungen und in der Grösse der Anstalten, theils in der Leitung derselben, die nicht überall in ärztlichen Händen liegt. Es soll nicht verkannt werden, dass die Kreispflegeanstalt für eine ganze Anzahl von verblödeten Kranken einen ausgezeichneten Zufluchtsort darstellt, in dem sie sich bei einiger Freiheit wohl fühlen und zugleich nutzbringend beschäftigt werden. gegen muss mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass die Einrichtungen jener Anstalten, die ungenugende Ueberwachung und Abschliessung, das spärliche Personal, die beschränkten Mittel, vielfach auch der Mangel ständiger ärztlicher Aufsicht eben nur die Veroflegung solcher Kranker unbedenklich erscheinen lässt, die an sich wohl auch in der Familie untergebracht werden könnten, aber keine Angehörigen haben, die sich ihrer annehmen könnten. Der Behandlung zeitweise erregter oder häufig unreiner Kranker sind die Kreispflegeanstalten schlechterdings nicht gewachsen. Freilich hat der Druck der Verhältnisse schon jetzt ihnen auch solche Kranke zugeführt. Unruhige müssen dann gelegentlich gefesselt und mit festen Handschuhen versehen, Unreine tagelang auf Nachtstühlen festgesetzt werden, Massregeln, die um so bedenklicher werden, je mehr sie der ärztlichen Anordnung entzogen und in die Hände eines wenig ausgebildeten Pflegepersonals gelegt sind.*) Trotzdem wächst die Beimischung Geisteskranker in den Kreispflegeanstalten immerfort an; sie ist in den Jahren 1889 bis 1895 von 24.8 auf $25.9^{\circ}/_{0}$ gestiegen. Die körperlich Siechen haben in diesem Zeitraume um 6,70 o, die geistig Siechen um 12,3 % zugenommen. Die Kreispflegeanstalten werden dadurch immer mehr zu Halbirrenanstalten, ohne die entsprechenden Einrichtungen zu besitzen. Es wäre auch zwecklos, ihnen nachträglich noch solche geben zu wollen.

Digitized by 42+00916

^{*)} Am 7. November führte Herr College Thomann aus Fussbach zu dieser Frage einen Fall an, in dem ein Kranker vom Wärter mit der Sonde ernählt werden musste, weil der Arzt mehrere Kilometer entfernt wohnte.

Dabei wurde mit unverhältnissmässigen Kosten nur Flickwerk geschaffen werden. Zudem werden die Kreispflegeanstalten auch ohne weiteren Zufluss von Geisteskrauken durch die von anderer Richtung an sie herantretenden Aufgaben vollständig in Anspruch genommen.

Unter diesen Umständen kann zur Abhülfe gegen die geschilderten Uebelstände nur der Neubau einer Anstalt in Frage kommen. Da die Noth hauptsächlich durch die Anhäufung un heilbarer Kranker in den Anstalten bedingt ist, könnte die Anstalt völlig das Gepräge einer Pflegeanstalt tragen, welche diejenigen Kranken aufzunehmen hätte, die der kostspieligeren Einrichtungen einer Heilaustalt nicht mehr bedürfen. Dadurch wurde in den übrigen Anstalten, namentlich auch in Emmendingen, der nöthige Platz für die Unterbringung schwieriger und besserungsfähiger Kranker gewonnen. Auf diese Weise könnten die Kosten für den Neubau erheblich herabgemindert werden. Während sonst ein Platz in der Irrenanstalt kaum unter 4000 Mark herzustellen ist, wurde man bei dem Bau einer Pflegeanstalt in dem angedeuteten Sinne wohl schon mit etwa 2000 Mark für den Platz, vielleicht sogar noch billiger auskommen können. Auch die Betriebs und Verpflegungskosten wurden sich erheblich niedriger stellen können, als in den bestehenden Irrenanstalten. Dafür dürften aber in die Pflegeanstalt durchaus nur Kranke aus den anderen Anstalten Aufnahme finden, damit die Gewähr für die richtige Auswahl ruhiger, verblödeter, nicht schwieriger Kranker gegeben wäre. Unter gewissen Voraussetzungen könnten derartige Anstalten auch wohl von der Selbstverwaltung errichtet werden. Dadurch würden die Kosten sich wahrscheinlich noch etwas herabdrucken lassen. Naturlich musste aber der Staat sich eine genaue Beaufsichtigung der Anstalten und das Bestätigungsrecht für den Leiter vorbehalten, von dem jedenfalls eine ausreichende psychiatrische Vorbildung zu fordern wäre.

Mit dem Neubau einer solchen Pflegeanstalt liesse sich zweckmässig auch die Beseitigung eines anderen fühlbaren Uebelstandes in der Badischen Irrenpflege verbinden, der Anhäufung gefährlicher und verbrecherischer Geisteskranker in unseren Anstalten. artige Kranke nicht ohne schwere Nachtheile in den freieren Verhältnissen einer gewöhnlichen Irrenanstalt verpflegt werden können, hat die Erfahrung zur gentige gelehrt. Andererseits empfiehlt es sich aber auch nicht, eigene Anstalten für sie zu bauen, sondern es gilt wohl jetzt als das zweckvorhandene Irrenanstalten nur eigene Abtheilungen mit besonderen Sicherungs- und Ueberwachungsvorrichtungen anzugliedern. nächst besteht die Absicht, in Emmendingen derartige Einrichtungen zu schaffen. Es liegt jedoch auf der Hand, dass gerade die Verknüpfung einer solchen Anstalt mit der colonialen Verpflegung auf die Dauer nicht haltbar ist. Ausserdem aber ist auch die Anstalt schon zu gross, um ohne Nachtheile die Hinzufügung einer Abtheilung zu gestatten, die in so besonderem Maasse Aufmerksamkeit und Kräfte erfordert wie diejenige der ge-Nach den anderswo gemachten Erfahrungen fährlichen Geisteskranken. dürfte zunächst eine Abtheilung für höchstens 50 Kranke vollständig genügen; sie würde sich unschwer mit der notwendig werdenden neuen Pflegeanstalt verbinden lassen. Ebenso könute dort auch vielleicht ein Ver-

such mit der Familien pfle ge Geisteskranker gemacht werden, obgleich die Badische Bevölkerung im Allgemeinen dafür nicht besonders geeignet erscheint.

Schon in der allernächsten Zukunft ist das Irrenwesen in Baden vor wichtige Entscheidungen gestellt. Leider entbehrt dasselbe noch immer einer geregelten Betheiligung sachverständiger Berather an der Fortentwicklung dieses heute so wichtigen Zweiges der öffentliehen Fürsorge. Wir wollen damit nicht etwa die Aufstellung eines Landespsychiaters befürworten, dessen Loslösung aus der praktischen Thätigkeit unter allen Umständen ihre bedenklichen Seiten hat, selbst wenn es überall gelingen sollte, eine nach Fachkenntniss, Erfahrung und Thatkraft geeignete Persönlichkeit zu finden. Vielmehr halten wir die Einrichtung regelmässiger Directorenconferenzen für unerlässlich. wenn eine zielbewusste, vorausschauende, den heutigen und zukunftigen Anforderungen entsprechende Irrenpolitik zur Durchführung kommen soll. Das Beispiel von Württemberg, wo jetzt alle Anstaltsleiter alljährlich zur Berathung der gemeinsamen Aufgaben versammelt werden, könnte uns in dieser Hinsicht als Muster dienen. Einem engeren Ausschusse wären dabei die Vorarbeiten für diese Zusammenkunfte zu übertragen.

Man wird nicht daran zweiseln können, dass für die Thätigkeit derartiger Conferenzen ein weites Gebiet gegeben ist. In erster Linie würde es sich um die praktische Ausgestaltung der Irrenfürsorge handeln, die Feststellung des Bedarfs an Anstaltsplätzen im Lande, die Vorbereitung von Neubauten und Anstaltserweiterungen, die Ausbildung der Familienpflege, die Einrichtung von Trinkerasylen, die Wärterfrage, die Vergrösserung der Aerztezahl in den Anstalten u. s. s. f. Kaum minder wichtig aber wird die Berathung der rechtlich en und Organisationsfragen sein, Gebiete, auf denen wir Irrenärzte noch viele unerfüllte Wünsche vorzubringen haben. Wenn bisher mehrsach einschneidende Bestimmungen ohne jede amtliche Mitwirkung der praktischen Irrenärzte entstanden sind, so hat es nicht ausbleiben können, dass dieselben zu allerlei Uebelständen geführt haben, deren baldmöglichste Abstellung vom irrenärztlichen Standpunkte mit Entschiedenheit gefordert werden muss. Wir erwähnen hier aur einige wenige Punkte.

Für durchaus versehlt müssen wir die grundsätzliche Gleichstellung der beiden Kliniken mit den übrigen Landesanstalten hinsichtlich der Aufnahmebedingungen halten. Eine derartige Einrichtung liess sich allenfalls bei der Errichtung der Heidelberger Klinik noch durch den Hinweis auf die unvollkommenen Ersahrungen auf diesem Gebiete vertheidigen — heute aber sind die bei uns geltenden Aufnahmebedingungen, auch in ihrer neuesten Form, als durchaus veraltet zu bezeichnen. Es bedarf bei uns zur Aufnahme jedes Geisteskranken unter allen Umständen eines förmlichen Aufnahmeantrages Seitens der Angehörigen oder doch der Verwaltungsbehörde, des Vormunds, der mit der Pflege und Aufsicht über den Kranken betrauten Personen, des Gerichtes. Niemand kann freiwillig eintreten und Niemaud kann aufgenommen werden, wenn er z. B. von der Polizei aufgegriffen wird, sofern nicht eine Verwaltungsbehörde in Ermangelung anderer dazu berechtigter Personen den Aufnahme-

Digitized by GOOGLO

antrag gestellt hat. In Folge dessen ist es einmal einer ganzen Anzahl von Personen, die sich scheuen, sich zuvor amtlich für geisteskrank erklären zu lassen, nahezu unmöglich gemacht, in der Klinik Schutz zu finden, obgleich sie denselben gern aufsuchen würden. Andererseits sind wir genöthigt, Kranke abzuweisen, die uns ohne Angehörige ausserhalb der Amtsstunden des Bezirksamtes zugeführt werden, auch wenu ihr Zustand die sofortige Aufnahme noch so dringend erfordert. Der Zweck dieser Beschränkungen kann wohl ursprünglich nur der gewesen sein, möglichste Sicherheit gegen die widerrechtliche Aufnahme Geistesgesunder in die Irrenanstalt zu gewähren. Dass diese Rücksicht bei den freiwilligen Aufnahmen, wie sie wohl alle anderen Irrenkliniken kennen, gegenstandslos wird, bedarf keiner weiteren Ausführung. Bei den Nothfällen ohne Angehörige aber wird die formlose Freiheitsberaubung durch den Ausschluss aus der Austalt thatsächlich durchaus nicht vermieden, sondern die Kranken werden einsach in einer Irrenzelle der Stadt so lange eingeschlossen, bis die vorgeschriebenen Förmlichkeiten erledigt sind, was in der Regel einige Tage dauert. Es ist klar, dass hier in der Absicht des peiulichsten gesetzlichen Schutzes die grössten Gransamkeiten an den anstaltsbedürftigen Kranken verübt werden; sie werden ohne Förmlichkeit in den unzulänglichsten Verbältnissen eingesperrt, unter Umständen auf das Gutachten eines Polizisten und eines Hausverwalters hin, weil das Gesetz sich scheut, sie ohne weiteres der Fürsorge und dem geordneten Betriebe einer Staatsklinik zu über-Die Missstände, die aus dieser Bestimmung entspringen, sind einfach schreiende.

Ein zweites dringend verbesserungsbedürftiges Gebiet ist das Ueberführungswesen. Die Statuten für die Anstalten Emmendingen und Pforzheim setzen fest, dass dort solche Kranke aufgenommen werden sollen, bei denen zu der ursprünglichen Seelenstörung eine überwiegen de geistige Schwäche oder Blödsinn hinzugetreten ist. Wir haben also im Einzelfalle zu entscheiden, nicht nur, ob zu der Krankheit bereits geistige Schwäche hinzugetreten ist, sondern auch, ob diese Schwäche als "Schwachsinn" oder als "Blödsinn" anzusehen ist. Diese gänzlich verfehlten, am grunen Tische entstandenen Bestimmungen haben bereits zu unendlichen Weiterungen geführt, sind aber noch immer in Kraft. Die wahren Unterschiede zwischen Stadtasyl und grosser Anstalt haben sich hier noch keine Geltung zu verschaffen vermocht. Es ist dringend zu fordern, dass hier eine Aenderung geschehe. Abgesehen von gewissen Rücksichten auf den Lehrzweck der Kliniken gehören natürlich Kranke mit langwierigem Krankheitsverlauf, ferner alle diejenigen, die der besonderen Hülfsmittel einer grossen Anstalt bedürfen, in die Landesanstalten, während rasch verlaufende Psychosen bis zum Ende in der Klinik behandelt werden können. dann ferner nach Emmendingen mehr die rüstigen und voraussichtlich arbeitsfähigen, nach Pforzheim mehr die gebrechlichen, unreinen und pflegebedürftigen Kranken schicken.

Zum Schlusse sei noch darauf hingewiesen, dass auch der Geschäftsgang der Ueberführungen ein überaus umständlicher und langwieriger ist, obgleich an sich für die Ueberführung aus einer Anstalt in die andere füglich ein Dringlichkeitsverfahren mindestens ebenso leicht durchführbar wäre

Digitized by GOOGIC

