

## XV.

**I. Wanderversammlung der Südwestdeutschen  
Neurologen und Irrenärzte in Baden.**

20. und 21. Mai 1876.

(Hervorgegangen aus der Wanderversammlung der Südwestdeutschen Irren-Aerzte. Vergl. den Bericht über die 8. Wandersammlung Südwestdeutscher Irrenärzte zu Heppenheim.)



Anwesend sind die Herren: Dr. Baumgärtner von Baden, Professor Dr. Becker von Heidelberg, Dr. Berton von Baden, Dr. Binswanger von Kreuzlingen, Dr. Chatelain Director von Préfargier, Dr. Crailsheim von Frankfurt a. M., Dr. Denissenk von St. Petersburg, Director Dr. Dick von Klingenmünster, Dr. Dischinger von Hüfingen, Geh. Rath Dr. Ecker, Professor, von Freiburg i. B., Dr. Eickholt, Assistenzart von Illenau, Professor Dr. Erb von Heidelberg, Dr. Feldkirchner von Klingenmünster, Geh. Hofrath Dr. Fischer von Pforzheim, Dr. Fischer, Assistenzarzt von Pforzheim, Geh. Rath Dr. Friedreich von Heidelberg, Dr. Gayer von Achern, Dr. Gergens von Strassburg, Medicinalrath Dr. Gutsch von Bruchsal, Dr. Heiligenenthal von Baden, Dr. Helbing von Achern, Professor Dr. Hitzig von Zürich, Dr. Homburger von Karlsruhe, Professor Dr. Jolly von Strassburg, Dr. Knecht von Baden, Dr. Lehr, Assistenzart von Hofheim, Director Dr. Ludwig von Heppenheim, Dr. v. Ludwiger von Eichberg, Professor Dr. Moos von Heidelberg, Dr. Müller von Baden, Dr. Oster von Rastatt, Dr. Otto, Assistenzarzt von Pforzheim, Dr. Palm von Ulm, Geh. Rath Dr. Rinecker, Professor von Würzburg, Dr. Stade, Assistenzarzt von Stephansfelden, Dr. Spamer, Docent von Giessen, Dr. Schäfer, Assistenzarzt von Stephansfeld, Bezirksarzt Dr. Schenk von Rastatt, Dr. Schenk von Ettlingen, Dr. Schill von Baden, Dr. Schüle, Assistenzärzt von Illenau, Dr. Schuler, Assistenzarzt von Illenau, Dr. Schultz, Docent von Heideleerg, Dr. Schulz von Braunschweig, Director Dr. Sehrt von Hofheim, Dr. Ullrich von Erlangen, Dr. Werber, Volontairarzt von Illenau, Dr. Werlé, Assistenzarzt von Heppenheim, Dr. Wilhelmi, Bezirksarzt von Baden, Dr. Zeller von Forbach.

\* Die Versammlung haben briefflich begrüsst und ihr Nichterscheinen entschuldigt die Herren:

Director Dr. Ast von Schussenried, Dr. Burckhardt von Waldau, Director Dr. Cramer von Marburg, Professor Dr. Eckhard von Giessen, Dr. Emminghaus, Docent von Würzburg, Director Dr. Flamm von Pfullingen, Director Dr. v. Gudden, Professor von München, Dr. Haeblerle von Stetten, Director Dr. Hagen, Professor von Erlangen, Director Dr. Heuser von Eichberg, Geh. Sanitätsrath Dr. Hoffmann von Frankfurt a. M., Director Dr. Hubrich von Werneck, Director Dr. Huppert von Hochweitzschen, Director Dr. Koch von Zwiefalten, Geh. Rath Dr. Kussmaul, Professor von Freiburg i. B., Medicinalrath Dr. Landerer von Göppingen, Dr. Landerer von Kennenburg, Professor Dr. Leyden von Strassburg, Director Dr. Pelman von Grafenberg, Director Dr. Rühle von Cannstatt, Director Dr. Walter von Münsterlingen, Professor Dr. Westphal von Berlin, Obermedicinalrath Dr. v. Zeller, Director von Winnenthal.

---

### I. Sitzung am 20. Mai, Nachmittags 3 Uhr.

Am Präsidiumstisch Dr. Ludwig von Heppenheim und  
Dr. Schüle von Illenau.

Director Dr. Ludwig begrüßt die Versammlung mit einer kurzen Ansprache und schlägt als Vorsitzenden Professor Dr. v. Rinecker von Würzburg vor. Letzterer wird mit allgemeiner Acclamation gewählt und übernimmt das Präsidium. Zu Schriftführern werden Dr. Schäfer aus Stephansfeld und Dr. Fischer jun. aus Pforzheim ernannt.

Der Vorsitzende ertheilte nun Herrn Dr. Spamer, Docent aus Giessen, das Wort. Dieser demonstriert den in Nr. 13 d. J. der Berlin. klin. Wochenschrift beschriebenen compendiösen und leicht transportabelen Inductions-Apparat. Zum Schluss der Demonstration zeigt derselbe noch eine nach demselben Princip construirte, sehr einfache, gut transportable, kleine, 20elementige constante Batterie vor, die er sich vorläufig nur zum eigenen Gebrauche hat construiren lassen.

Professor Dr. Ecker aus Freiburg:

#### Über die topographischen Beziehungen zwischen Hirn-Oberfläche und Schädel.

Nach dem verunglückten Versuch Gall's und seiner Schüler, von der Schädel-Oberfläche eine Organologie der Gehirn-Rinde zu construiren, hat man das Studium der topographischen Beziehungen zwischen Gehirn-Oberfläche und Schädel nahezu ganz vernachlässigt. Erst Burdach hat wieder der Beziehungen wenigstens der Hauptabtheilungen des Gehirns zu gewissen Schädelprovinzen Erwähnung gethan und darnach hat dann Arnold — unseres Wissens wenigstens in Deutschland zuerst — den Hauptabtheilungen

oder Lappen des Gehirns die Bezeichnungen Stirnlappen, Scheitellappen, Schläfenlappen, Hinterhauptslappen gegeben. Ueber die Beziehungen dieser zu den Schädelknochen drücken sich aber beide Forscher noch sehr unbestimmt aus; so sagt z. B. Burdach (II. 169): „Die Vorderlappen liegen in der vom Stirnbein gebildeten Aushöhlung und füllen dieselbe meist aus, so dass die Kranznaht ihre Grenze bezeichnet, wenn sie nicht weit hinter dieser (?) gelegen ist;“ und Arnold (Anatomie II. 2. 727): „Der Stirnlappen entspricht in seiner Ausdehnung dem Stirnbein mit Ausnahme des obersten Theils, welcher über den Vorderlappen hinweggeht und einen Theil des folgenden decken hilft.“ Innerhalb dieser Abtheilungen aber waren gar keine Beziehungen zum Schädel bekannt. Und weshalb auch sollte man solchen Aufmerksamkeit geschenkt haben? So lange man die Windungen nur als regellose Faltungen betrachtete und die Künstler in Folge dieser Anschabung bei ihren Darstellungen, unbekümmert um das Detail, nur den Totaleindruck wiederzugeben suchten, lag in der That keine Veranlassung hiezu vor. Erst mit der Erkenntniß, dass die Windungen typische Formen sind und dass, wenn man überhaupt eine Vielheit von psychischen Organen in der Hirn-Rinde annehmen will, diese in den Windungen zu suchen sind, hat sich das Bedürfniss eines genaueren Studiums derselben und darnach auch des ihrer örtlichen Beziehungen zu dem Schädel wieder geltend gemacht. Wir suchen nun auch wieder am Schädel die Stellen auf, welchen bestimmte Windungen entsprechen und treiben somit auch wieder, wenn man will, eine Art Cranioscopie; es ist dies aber, verglichen mit der Gall'schen, eine äusserst bescheidene Disciplin, die weiter nichts bezweckt, als den klinischen Forschern für die Studien über die Hirn-Organe, die wesentlich ihre Aufgabe sind, die Wege zu ebnen und brauchbares Material an die Hand zu geben.

Der Vortragende referirt nunmehr über die in dieser Richtung unternommenen Arbeiten von Bischoff, Broca, Turner und seine eigenen und die verschiedenen hierbei angewandten Methoden. Um den Verlauf der Schädelnähte auf dem Gehirn vollkommen genau angeben zu können, hat derselbe zuerst, nach der Methode von Bischoff und Broca, durch Einbohren von Stiften am unverletzten Schädel die Richtung der Nähte bezeichnet, dann den Schädel median durchsägt und die zwei Hälften des Gehirns mit den eingebornten Stiften herausgenommen, in Chlorzinklösung und dann in Weingeist gelegt. Nach Entfernung der dura mater wurde nunmehr auf der Innenfläche des Schädels der Verlauf der Nähte mit weisser Lackfarbe bezeichnet und darauf ein Leimausguss der Höhle gemacht. Auf diesem zeichnet sich, nachdem er herausgenommen, der Verlauf der Nähte in Weiss vollkommen genau ab. Setzt man nun den Leimausguss in Gips um, so kann man unter Zuhandnahme des erhärteten Gehirns die topographischen Beziehungen zwischen den einzelnen Windungen und bestimmten Schädelstellen genau ermitteln. Redner weist einige solche Gipsabgüsse mit den entsprechenden Schädelhälften vor.

Schliesslich bespricht der Vortragende den Einfluss der künstlichen Missstaltung des Schädels auf Lage, Volumen und Gestalt des Gehirns und zeigt einige hierauf bezügliche Präparate vor.

Professor Dr. Moos aus Heidelberg:

**Ueber den Zusammenhang zwischen Krankheiten des Gehörorgans und solchen des Nervus trigeminus.**

Der Vortragende theilt seine Beobachtungen in zwei Gruppen. In die erste Gruppe gehören vier Fälle von gemeinschaftlicher Erkrankung des N. acusticus und des sensiblen Theils des Trigeminus, bedingt durch cerebrale Ursachen. In die zweite Gruppe gehören sechs Fälle von peripherischer Erkrankung des Trigeminus als Theilerscheinung von organischen Erkrankungen, theils acuter, theils chronischen Entzündungen des mittleren Ohres. Die Erkrankungen der ersten Gruppe sind meist doppelseitig, die der zweiten einseitig, auf der betr. Seite des erkrankten Ohres. Gegenüber anderen gemeinschaftlichen Erkrankungen verschiedener Gehirnnerven ist die erste Gruppe noch besonders charakterisiert durch die Abwesenheit von jeglicher Störung im Bereich des motorischen Quintusastes.

**Erste Gruppe.**

Die Trigeminusstörungen gehen in der Regel den Acusticusstörungen voraus. Unter die Erscheinungen der Trigeminushyperästhesie, welche alle Extreme des Schmerzes darbieten können, rechnet der Vortragende auch die grosse Empfindlichkeit gegen gewisse Tonquellen, Geräusche u. s. w. beim Beginn der Affection und giebt die physiologische Erklärung.

Die Erscheinungen der Trigeminusanästhesie können partiell und selbst total doppelseitig sein.

Erscheinungen im Bereich des Acusticus. Subjective Gehörs empfindungen, meist sehr heftig, fehlen nur ausnahmsweise. Mit dem Eintritt völliger Lähmung des Acusticus verschwinden sie vollständig. Sie kehren, wenn die Besserung der totalen Taubheit eintritt, wieder zurück. Die letztere tritt in der Regel ein und bleibt zeitlebens. Einmal war sie nur gleichmäßig bedeutend reducirt, einmal kehrte die normale Hörschärfe wieder.

Der Sitz des Leidens muss nach den gegebenen Schilderungen der Symptome im verlängerten Mark liegen, an der Stelle, an welcher die tiefe Wurzel des Acusticus zu der tiefen Wurzel des Trigeminus in eng nachbarlicher Beziehung steht. (Vergl. Arnold, Deiters, Meynert.)

Die Art der anatomischen Veränderung ist nicht immer klar. In einem Falle konnte ein Extravasat in Folge von Trauma, in einem andern mit Wahrscheinlichkeit eine chronische Entzündung der Neuroglia angenommen werden.

Von dem Charakter der pathologischen Veränderung hängt die Entwicklung und Aufeinanderfolge der Erscheinungen ab und wohl auch die Prognose, die sich nach den beobachteten Fällen als ungünstig erweist. Denn in drei Fällen nutzte keinerlei Behandlung, nur in einem Falle trat unter Anwendung des constanten Stromes wieder völlige Genesung ein.

**Zweite Gruppe.**

Die Trigeminusaffection ist hier das Symptom von acuten oder chronischen eitrigen Entzündungen und entspricht stets der afficirten Seite. Sie kann der Vorläufer, der Begleiter der Affection sein oder als Nachkrankheit auftreten

und alleiniger Gegenstand der Behandlung bleiben. Drei Fälle betrafen acute drei Fälle chronische eitlige Entzündungen der Trommelhöhle, von denen einer höchst wahrscheinlich mit Phlebitis des betr. Sinus lateralis complicirt war. Gewöhnlich ist ein Trigeminusast mitleidend, nur in einem Falle waren Störungen im Bereich aller drei Aeste vorhanden. Am häufigsten ist der erste Ast ergriffen. Der Schmerz kann verhältnissmässig gering sein, aber auch so heftig, wie bei schweren Fällen der Prosopalgie. Er kann continuirlich und discontinuirliech, im letzteren Falle typisch und atypisch sein. In der Regel schwindet er nach Behandlung der Ohraffection.

Schmerzhafte Druckpunkte sind oft, aber nicht immer vorhanden.

Der Vortragende erläuterte die praktische Wichtigkeit dieser Art von Neuralgien an einem genau mitgetheilten Fall von schwerer Trigeminusneuralgie, die als Nachkrankheit einer eitriegen Mittelohrentzündung aufgetreten war und allen Mitteln trotzte, bis eine locale Behandlung der Ohraffection stattfand.

Schliesslich giebt derselbe auf der Basis der Trigeminusanatomie und nach den Gesetzen der allgemeinen Nervenphysiologie eine Uebersicht der Erklärung des Zustandekommens der Trigeminusneuralgien in seinen letzten sechs beobachteten Fällen.

Professor Dr. Friedreich aus Heidelberg:

#### **Ueber statische Ataxie und ataktischen Nystagmus.**

Wenn man schlechthin von Ataxie spricht, so hat man immer nur die bekannte, während einer fortschreitenden Bewegung in Erscheinung tretende motorische Anomalie im Sinne. Ausser dieser Ataxie der Bewegung (locomotorische Ataxie) muss man aber auch noch eine andere, die Harmonie der motorischen Innervation betreffende Störung unterscheiden, welche in einer Beeinträchtigung der ruhigen Action (statische Ataxie) begründet ist.

Lässt man einen mit locomotorischer Ataxie in den oberen Extremitäten behafteten Kranken einen vorgehaltenen Gegenstand ergreifen, heisst man ihn den Arm emporheben u. dgl., so tritt die Coordinationsstörung nur während der Zeitspanne der fortschreitenden Bewegung hervor; ist der beabsichtigte Zweck, das intendierte Ziel einmal erreicht, so kann der Arm in der neuen Stellung ruhig gehalten werden; Ataktiker, welche beim Gehen die Beine unter ungeregelter und schleudernder Bewegungen aufsetzen, sind nichtsdestoweniger häufig im Stande, in aufrechter Stellung ohne Unruhe oder Schwanken sich zu erhalten.

Aber es wird Niemand behaupten wollen, dass nicht auch beim ruhigen Stehen, bei vorgestreckter Haltung des Arms und dgl. ebenso, wie während einer fortschreitenden Bewegung, eine grössere Anzahl verschiedenen Functionen dienender und nicht selten weit von einander gelegener Muskeln und Muskelgruppen in einer zweckmässigen harmonischen Weise zur Erreichung des Effectes zusammenwirken müssen und dass hierfür ein nicht minder complicirter Mechanismus, ein nicht ebenso durchaus coordinirtes, synergisches Zusammenwirken zahlreicher Muskeln mit ihren Antagonisten erforderlich ist. Um den Arm horizontal vorgestreckt zu erhalten, befinden sich nicht allein die Muskeln des Arms und der Schulter in harmonischer Contraction,

sondern auch zahlreiche Muskeln des Thorax und der Wirbelsäule treten dabei in Wirksamkeit, um die Scapula zu fixiren, den verrückten Schwerpunkt des Körpers zu corrigen u. s. w. In analoger Weise verhält es sich beim freien Stehen, sowie überhaupt bei der Beibehaltung der manichfältigsten activen Stellungen des Rumpfes und der Extremitäten. Man ist daher vollkommen berechtigt, neben der Coordination der Bewegungen auch eine Coordination der ruhigen Action zu unterscheiden und der locomotorischen Ataxie eine statische Ataxie zur Seite zu stellen. Nur die Integrität der statischen Coordination befähigt uns, die Sicherheit und Präcision in der Haltung des Körpers und das Gleichgewicht desselben und seiner einzelnen Theile auch in der activen Ruhe zu bewahren. Ist die statische Coordination gestört, so ist der Kranke nicht mehr im Stande, den horizontal vorgestreckten Arm auch nur für kurze Zeit ruhig zu halten. Schon nach einigen Secunden der Ruhe bemerkt man ein unwillkürliches kurzes Sinken, oder eine leichte Hebung oder eine seitliche ruckweise Abweichung desselben, nach aussen oder innen, welche der Kranke nach einigen uncoordinirten Versuchen corrigit, um den Arm genau wieder in die vorige Stellung zu bringen. Oder es macht die ausgestreckte Hand des vorgehaltenen Arms eine kurze und rasche Dorsal- oder Volar-Flexion, oder eine seitliche Abweichung, oder man bemerkt eine Adductionsbewegung oder Beugung des Daumens oder eines der anderen Finger. In analoger Weise äussert sich die statische Ataxie an den unteren Extremitäten. Lässt man den in der Rückenlage befindlichen Kranken das gestreckt gehaltene Bein bis zu einer bezeichneten Höhe erheben und ist dasselbe unter mehr oder minder ataktischer Bewegung in der gewünschten Stellung angelangt, so beobachtet man auch schon nach kurzer Ruhe das Eintreten analoger schwankender, nach verschiedenen Richtungen hin abweichender Bewegungen. Sind die Rückenmuskeln an der statischen Coordinationsstörung betheiligt, so wird das freie Stehen auch bei offenen Augen schwierig, selbst unmöglich, und die den Rumpf fixirenden Muskeln versagen ihren harmonischen Dienst. Der Körper schwankt balancirend hin und her und gerath in Gefahr, zu Boden zu stürzen. Betheiligen sich auch die Nackenmuskeln, so wird die freie, ruhige Haltung des Kopfes gestört und derselbe zeigt ein häufiges Schwanken und Wackeln. Es handelt sich bei der „statischen Ataxie“ um eine Coordinationsstörung der ruhigen Action, um einen Defect jener andauernd gleichmässigen, harmonischen Innervation von Muskeln und deren Antagonisten, wie sie für die Erhaltung des Gleichgewichts in der activen Ruhe des Körpers und seiner einzelnen Theile erforderlich ist. Jeder einseitige Nachlass in der Innervation des einen oder andern Muskels lässt die einseitig fortdauernde Wirkung des Antagonisten oder das Gesetz der Schwere zur Erscheinung gelangen und bedingt jene von der innegehabten Stellung abweichenden Bewegungen. Auch schon im normalen Zustande bestehen Anklänge an eine gewisse Unvollkommenheit der coordinirenden Einrichtungen, welche nur graduell von den bei Ataxie vor kommenden statischen Coordinationsstörungen verschieden sind und als das physiologische Prototyp letzterer sich darstellen. Versuchen wir z. B. den Arm in der horizontal vorgestreckten Stellung ruhig zu halten, so bemerken wir bald leichte Abweichungen desselben nach oben und unten, nach seitwärts, oder der eine oder der andere Finger der ausgestreckten Hand macht

eine ungewollte, wenn auch nur geringe Bewegung, und es ist kaum möglich, auch nur für kurze Zeit absolute Ruhe einzuhalten.

Auch an den Augenbewegungsmuskeln lassen sich die Zustände der loco-motorischen und statischen Ataxie erkennen und von einander unterscheiden. Es entsteht hierdurch eine besondere Form des Nystagmus, und ich hatte Gelegenheit, denselben unter neun Fällen von an hereditärer Ataxie leidenden Kranken fünfmal zu beobachten. („Ueber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge.“ Virchow's Archiv 26 und 27 Band 1863. Weitere Mittheilungen über die hereditären Ataxien und über den dieselben begleitenden Nystagmus werden in einer in einem der nächsten Hefte des Virchow'schen Archivs zur Publication gelangenden ausführlichen Arbeit erscheinen, auf welche ich hiermit verweise). In allen diesen Fällen stellte sich der Nystagmus als bilaterale, in transversaler Richtung erfolgende ruckartige kurze Bewegungen der Bulbi dar, welche besonders dann eintraten, wenn man die Kranken einen gerade oder seitlich vorgehaltenen Gegenstand zu fixiren aufforderte, bei ruhig gehaltenem Blicke aber zurücktraten. Je näher dem Auge man den zu fixirenden Gegenstand brachte, desto stärker wurden die nystagmusartigen Bewegungen; am wenigsten ausgeprägt waren sie beim Fixiren eines ferngehaltenen Gegenstandes. Man konnte also sagen, dass die transversalen Bulbusbewegungen um so stärker wurden, je mehr die Kranken durch eine stärkere Contraction der Augenmuskeln die Stellung der Sehaxen von der Stellung des ruhigen Blickes abweichen zu lassen genötigt waren, je mehr also Anforderungen an die coordinirende Thätigkeit der Augenbewegungsmuskeln und zwar vorwiegend der Mm. recti externi und interni gestellt wurden. Die Erscheinung machte den Eindruck, als ob das gleichmässige und regelmässige Zusammenwirken der die Bulbi beim Fixiren in der erforderlichen Stellung zu erhaltenden Augenmuskeln eine Beeinträchtigung erfahren hätte, d. h. als ob es sich um eine statische Coordinationstörung der Augenmuskeln handelte, vermöge welcher jene transversalen Abweichungen der Bulbi durch einen momentanen Nachlass der stetigen Action bald des einen, bald des andern der beim Fixiren in harmonischer und gleichmässiger Contraction zu verbleibenden Recti interni und externi erfolgten.

In noch höherem Grade, als während des Fixirens, traten die nystagmusartigen Bewegungen hervor, wenn man die Kranken einen von der einen zur andern Seite vor den Augen vorübergeführten Gegenstand mit den Blicken zu verfolgen aufforderte. Dieselben wurden um so ausgeprägter, je rascher man den Gegenstand vorübergewegte, je mehr also die Anforderungen an die regelmässige Synergie und Coordination der die Bulbi bewegenden Muskeln sich steigerten. Dann wichen die Bulbi häufig von der zu verfolgenden Linie nach dieser oder jener Richtung durch eine rasche, ruckweise Bewegung ab, wodurch sie momentan von dem zu fixirenden Gegenstand abgelenkt wurden, kehrten aber immer rasch wieder auf kurze Zeit auf die richtige Bahn zurück. Besonders waren es auch hier wieder vorwiegend transversale Bewegungen, nicht selten, namentlich bei rascher Vorüberführung des zu verfolgenden Objectes, traten aber auch Abweichungen der Bulbi in der Richtung nach oben ein, als ob einem an der Decke befindlichen Punkte ein rascher Blick zugeworfen werden sollte, oder es beschrieb auch mitunter die Sehaxe

statt einen horizontalen, eine nach oben convexe Linie. Strabismus, Diplopie, oder sonstige Störungen der Sehfunction fehlten.

Man erkennt aus dem Mitgetheilten die Unterschiede der geschilderten Form des Nystagmus von dem gewöhnlichen Nystagmus der Ophthalmologen, sowie auch beiden durchaus differente Bedingungen als Grundlagen zukommen. Während der Nystagmus der Ophthalmologen wesentlich in Beziehung steht mit congenitaler oder doch aus der ersten Kindheit datirender Sehschwäche (Trübung der brechenden Medien, Hornhautaffectionen, Centralkapselstaar, Amblyopia congenita, Albinismus, hochgradig ametropischem, bes. astigmatischem Bau der Augen u. s. w.), sehen wir den ataktischen Nystagmus durchaus unabhängig von derartigen Zuständen und bei ungestörter Sehschärfe als Theilglied des Symptomenbildes bestimmter Formen, der progressiven, auf Degeneration der spinalen Hinterstränge mit Beteiligung der *Medulla oblongata* beruhenden Bewegungsataxie zur Entstehung gelangen. Während die Oscillationen des gewöhnlichen Nystagmus mehr ausserhalb des Fixationsactes hervortreten und bei stärkeren Convergenzzuständen der Sehlinien schwinden, bieten die anomalen Bewegungen der Bulbi beim ataktischen Nystagmus gerade die entgegengesetzten Verhältnisse.

Wenn kein Schriftsteller über Rückenmarkskrankheiten des Nystagmus als eines bei spinalen Erkrankungen überhaupt vorkommenden Symptomes Erwähnung thut, so scheint dies darin begründet, dass die gewöhnlichen und bekannten Rückenmarksaffectionen in der Regel auf das Rückenmark beschränkt bleiben und nur selten die *Medulla oblongata* beteiligen.

Nur die von mir beschriebenen hereditären Formen der auf Hinterstrangdegeneration beruhenden Ataxie sind durch die constante Propagation des Processes auf das verlängerte Mark ausgezeichnet, und liegt hierin ohne Zweifel die Ursache des bei denselben so häufig vorkommenden, in der beschriebenen Art sich darstellenden Nystagmus. Ueber die näheren Verhältnisse, sowie über die Coordination der die Augenbewegungen vermittelnden Centren verweise ich auf meine ausführliche Arbeit, welche unter dem Titel „Ueber Ataxie mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Formen“ in nächster Zeit in *Virchow's Archiv* zur Publication gelangen wird.

Professor Dr. Erb aus Heidelberg:

#### **Ueber Lateral sclerosis und ihre Beziehungen zur Tabes dorsalis.**

Redner erinnert an seine Mittheilungen über den gleichen Gegenstand bei der vorjährigen Versammlung in Heppenheim. Die unterdessen gemachten Beobachtungen haben an dem damals gegebenen klinischen Bilde der Krankheit, die vorläufig als Lateral sclerosis bezeichnet werden mag, nichts zu ändern vermocht. Noch immer fehlt eine Sicherstellung der anatomischen Grundlage durch die Section. – Von praktischer Wichtigkeit ist, dass die Krankheit manchmal halbseitig beginnt; Redner hat zwei solcher Fälle beobachtet. Verwechslungen mit Hemiplegie cerebralen Ursprungs liegen dann sehr nahe. Man wird sie vermeiden, wenn man die aufsteigende Entwicklung der Parese, das stärkere Befallensein der unteren gegenüber der oberen Extremität, das Fehlen aller Gehirnerscheinungen, das Freibleiben des Gesichts etc. berücksichtigt. Der weitere Verlauf, das Befallenwerden der andern Seite, wird gewöhnlich bald Aufklärung bringen.

Ein Zusammenwerfen der Lateralsclerose mit der Tabes könnte vorkommen; freilich ist dies für die ausgesprochenen und reinen Fälle kaum denkbar. Bei der Lateralsclerose finden sich: fortschreitende Parese mit Muskelspannungen, keine Ataxie, keine Sensibilitätsstörung, keine Blasenschwäche, keine Geschlechtsschwäche, erhöhte Sehnenreflexe u. s. w. — Bei der Tabes dagegen, keine fortschreitende Ataxie ohne Muskelspannungen, keine Parese, mehr oder weniger hochgradige Sensibilitätsstörung, Blasen- und Geschlechtschwäche, aufgehobene Sehnenreflexe etc. Eine Verwechselung ist also kaum möglich.

Wohl aber giebt es Fälle, deren Stellung zu der einen oder andern Krankheitsform zweifelhaft sein kann, die Redner als Mittelformen oder als Mischformen bezeichnen möchte; Fälle, in welchen die Symptome beider Formen mit einander vereinigt vorkommen: also Ataxie mit erhöhten Sehnenreflexen, Paresen und Muskelspannungen mit leichten Sensibilitäts- und Blasenstörungen, leichter Ataxie u. s. w. Redner hat bis jetzt drei solcher Fälle gesehen und erwähnt besonders einen genauer, in welchem an den unteren Extremitäten hochgradige Parese mit Muskelspannungen und erhöhten Sehnenreflexen, aber auch ein mässiger Grad von Ataxie bestand, während an den oberen Extremitäten deutliche Ataxie, ohne alle Parese und ohne alle Sehnenreflexe gefunden wurde; leichte Sensibilitäts- und Blasenstörungen vervollständigten das Bild.

Die Frage, wie solche Fälle zu deuten seien, glaubt Redner dahin beantworten zu dürfen, dass es sich in solchen Fällen um eine Combination der beiden Krankheitsformen handle, um ein gleichzeitiges Befallensein solcher Theile des Rückenmarksquerschnitts, die gewöhnlich und in der Ueberzahl der Fälle isolirt befallen werden. Für die grosse Mehrzahl der typischen Fälle von Tabes ist es zweifellos, dass ihnen graue Degeneration der Hinterstränge (und vielleicht benachbarter Partieen der grauen Substanz) entspricht. Und für die typischen Formen der sog. Lateralsclerose ist es mindestens wahrscheinlich, dass ihnen eine Sclerose der Seitenstränge zu Grunde liegt. Für die geschilderten Mischformen liegt es deshalb nahe, eine gleichzeitige Erkrankung benachbarter Abschnitte der Hinter- und Seitenstränge anzunehmen, gleichsam ein Uebergreifen des Kranheitsvorganges auf ein angrenzendes Territorium.

Diese Vermuthungen sollen nur Anregung geben, solche Fälle klinisch und wo möglich auch anatomisch genauer zu untersuchen. Vielleicht sind von solchen Fällen auch späterhin genauere Aufschlüsse darüber zu erwarten, welche Partieen des Rückenmarksquerschnitts erkrankt sein müssen, wenn das Symptom der Ataxie oder die Erhöhung der Sehnenreflexe od. dgl. eintreten sollen. Redner empfiehlt deshalb solche Fälle besonderer Beachtung.

An keinen dieser Vorträge schloss sich eine Discussion.

Der Vorsitzende schliesst die Sitzung mit der Mittheilung, dass die Kur-Commission den Mitgliedern der Versammlung Freikarten zum Besuch der Promenade und des Conversationshauses übersandt, und der Stadtrath von Baden eine Einladung zur Besichtigung des Dampfbades an die Versammlung gerichtet habe.

**II. Sitzung am 21. Mai,**  
**Morgens 9 $\frac{1}{2}$  Uhr.**

Nach einem gemeinschaftlichen Morgenspaziergang mit Frühstück in Lichtenthal wurde die Sitzung zur genannten Stunde eröffnet. Den Vorsitz führte Herr Hofrat Dr. Rinecker. Schriftführer: Dr. Feldkirchner von Klingenmünster und Dr. Otto von Pforzheim.

Professor Jolly war durch Heiserkeit verhindert, den von ihm angekündigten Vortrag über locale Morphiumwirkung zu halten.

Professor Hitzig, der einen Vortrag: „Zur Physiologie des Grosshirns“, angemeldet hatte, war mit seinen einschlägigen Untersuchungen nicht zu Ende gekommen und machte deshalb an Stelle des angekündigten Vortrags eine Mittheilung über ein forensisches Curiosum.

Hierauf hielt Herr Professor v. Rinecker einen Vortrag

**Ueber syphilitische Psychosen.**

Es begreift sich, wie von dem Augenblicke an, wo man Hirnkrankheit und Geistesstörung als zusammengehörige Begriffe erkannte, auch die Beziehungen eines Krankheitsprocesses wie der Syphilis zur Psychose näher in's Auge gefasst wurden, da die Einwirkung der ersten auf das centrale Nervensystem durch täglich sich mehrende Beobachtungen immer deutlicher hervortrat. Ebenso war es nabeliegend, dass man die Syphilis zuerst bei der Dementia paralytica eine Rolle spielen liess und bereits bei dem Punkte angekommen war, letztere geradezu für eine syphilitische Hirndegeneration zu erklären, als gewichtige Stimmen — vor Allem L. Meyer und Westphal — zur Vorsicht mahnten.

Damals (1863), wo man bei Hirnsyphilis stets nur an die gummösen Bildungen, somit an Herderkrankungen dachte, fehlte der Verknüpfung eines einheitlichen Krankheitsbildes, wie der Dement. paralyt., mit syphilitischer Gehirnaffection thatsächlich jeder Stützpunkt, und Westphal hatte vollkommen Recht, wenn er vor Allem den Nachweis verlangte, dass die constitutio-nelle Lues als solche im Stande sei, diffusere Erkrankungen des Gehirns, vor Allem seiner Peripherie — ohne gleichzeitige Gummiknoten — mit anderen Worten diejenigen Veränderungen des Gehirns und seiner Hämäte herbeizuführen, welche man bis jetzt als die gewöhnlichen bei dem Symptomen-Complex der Dement. paralyt. betrachten müsse, wie Trübung und Verdickung der Pia, Adhärenz derselben an die Rindensubstanz, Erweichung der letzteren u. s. w. Das ist nun bekanntlich seitdem geschehen. Westphal selbst berichtete schon damals über einige Fälle dieser Art von französischen Autoren; vor Allem aber waren Virchow's Arbeiten in dieser Beziehung von Bedeutung und ist dermalen die Existenz einer luetischen Hirnerkrankung unter der Form einer diffusen — sowohl einfachen als gummösen — chronischen Entzündung der harten und weichen Hirnhaut mit Verdickung, Verwachsung und Veränderung des anstossenden Hirntheils nicht mehr zu bezweifeln. Ebenso wurde bereits von Virchow auf die häufig gleichzeitig vorhandene Arteriendegeneration hingewiesen, die kürzlich durch Heubner (Luetische Erkrankung der Hirnarterien) eine so sorgfältige und eingehende

Schilderung erhalten hat und die sicher für das Zustandekommen der verschiedenen Formen von luetischer Hirnstörung — auch auf dem psychischen Gebiete — von grösster Bedeutung ist. Unwillkürlich wird man hierbei an das häufige Vorkommen ganz analoger Gefässentartung bei Dement. paralyt. erinnert.

Uebrigens hängt es wohl zunächst von dem Sitze aller dieser verschiedenen entzündlichen, hyperplastischen oder degenerativen, diffusen oder Herd-Erkrankungen ab, ob sie eine psychische Störung überhaupt und in welcher Form im Gefolge haben oder nicht. Die Diagnose ist in manchen Fällen leicht, wenn der Nexus mit syphilitischem Leiden nahe liegt und namentlich noch anderweitige Affectionen von unzweifelhaft luetischer Natur sich auffinden lassen. Häufig ist die Sache aber nicht so handgreiflich gelagert; der Vortragende stimmt vielmehr Broadbent bei, wenn er behauptet, dass vorzugsweise jene Personen zu Erkrankungen des centralen Nervensystems disponirt seien, bei denen die secundären Affectionen unbedeutender oder vorübergehender Natur waren oder wohl auch ganz gefehlt haben, — ferner solche Individuen, bei denen tertäre Symptome frühzeitig aufgetreten sind oder gar die ersten Symptome der Syphilis waren. In neuester Zeit hat Wunderlich ein charakteristisches Bild der Hirnsyphilitischen zu zeichnen versucht, aber die von ihm vorgeführten psychischen Symptome sind von sehr wandelbarer und mehr fragmentarischer Art, ein Verhalten, welches überhaupt von Wunderlich als für syphilitische Hirnstörung bezeichnend betrachtet wird. Hierher zu rubricirende Fälle kommen in der That auf syphilitischen und auch auf psychiatrischen Krankenabtheilungen zeitweise vor, wo eine auf luetischem Boden aufwachsende Psychose in rudimentärer Form sich darstellt und als solche wieder rückgängig werden kann. Redner hatte im Juliuspital zu Würzburg, woselbst die beiden genannten Abtheilungen seiner ärztlichen Leitung unterstellt sind, Gelegenheit, solche Fälle von sich entwickelnder Geistesstörung sowohl mit maniakalischem wie depressivem Charakter bei an constitutioneller Lues daselbst behandelten Kranken zu beobachten; dieselben mussten auf die Irrenabtheilung verbracht werden. In einem Falle war ein an den Grössenwahn bei Dement. paralyt. erinnerndes Delirium vorhanden. Die Psychose ging im Laufe der antisyphilitischen Behandlung vorüber.

Solche Fälle enthalten eine dringende Mahnung, wie bei jeder schweren, insbesondere chronischen Hirnstörung, so auch bei Psychosen mit disparaten Symptomen und eigenthümlichem Verlauf an die Möglichkeit eines noch fort dauernden syphilitischen Leidens zu denken. (S. den von Schüle beschriebenen Fall. Allg. Zeitschr. 28, Bd. S. 605.) Lässt sich ein solcher Zusammenhang auch nur vermuten, so soll man ohne langes Zögern zu einer specificischen Medication schreiten. Auch Wunderlich räth in solchem Falle nicht ängstlich zu thun und ohne den vollen Beweis der luetischen Natur der Krankheit abzuwarten, eine Jodkalium- oder Inunctionskur in energischer Weise einzuleiten. Heubner ist gleicher Ansicht. Was nun in specie Geisteskranke betrifft, so verhält sich die Sache sehr einfach, wenn die Psychose während des Bestehens einer luetischen Affection oder gar im Laufe der Kur ausbricht. Das werden aber immer seltene Fälle bleiben. Ist der Nexus kein so nahe liegender, so wird es von der Form der vorausgegangenen

Lues und der zwischen ihr und dem Auftreten der Geistesstörung verlaufenen Zeit, auch von dem Stande der Ernährung abhangen, ob man zum Jodkalium oder zum Quecksilber sich entschliesst. Dass letzteres auch bei Spätformen der Syphilis manchmal ausgezeichnete Dienste leistet, ist bekannt. Will man es bei Geisteskranken in solchen Fällen versuchen, so möchte der Vortragende ganz besonders zu der hypodermatischen Anwendung desselben in der Form der neulich von Hofr. v. Berger (Wien. Woch. Nr. 11) empfohlenen Quecksilber-Albuminatlösung rathe, die in jedem CC. — dem gewöhnlichen Inhalt einer Injectionsspritze — genau 1 Ctg. Quecksilber-Albuminat enthält. Schon nach drei bis vier Injectionen einer solchen minimen Dose macht sich in der Mehrzahl der Fälle ein günstiger Einfluss geltend. Weder Salivation noch Abscedirung der Injectionsstelle sind zu befürchten. —

Es lag nun der Versammlung ob, über die Statuten dieser neuen Wanderversammlung zu beschliessen. Herr Director Ludwig von Heppenheim hatte einen Entwurf ausgefertigt und unter die Mitglieder der Versammlung vertheilt, welcher die allgemeine Zustimmung der Versammlung fand. Nach einer kurzen Bemerkung des Herrn Director Dr. Dick, welcher wünschte, dass statt des in den Statuten vollständig ausgeschlossenen Stattduldens einer Discussion eine solche in der Regel nicht stattfinde, wurde auf Antrag des Herrn Geh. Rath Friedreich der Ludwig'sche Statuten-Entwurf en bloc angenommen.

Die Statuten lauten hiernach wie folgt:

#### Statuten

für

#### die Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte.

1.

Die am 2. Mai 1875 in Heppenheim beschlossene Vereinigung Südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte erscheint in der äusseren Form einer alljährlich wiederkehrenden Wanderversammlung.

2.

In jedem Jahre — und zwar im Laufe des Monats Mai — wird eine solche Versammlung abgehalten. Dieselbe erstreckt sich auf die Dauer von zwei Tagen. An dem ersten und an dem zweiten Tage findet je eine öffentliche Sitzung statt.

3.

Das geographische Gebiet der Wanderversammlung umfasst Baden, die bayerischen Kreise Pfalz und Unterfranken mit Aschaffenburg, Frankfurt am Main, Elsass-Lothringen, Hessen-Darmstadt, die preussische Provinz Hessen-Nassau und Württemberg.

4.

Als stimmberechtigtes Mitglied der Versammlung erscheint jeder unbescholtene deutsche Arzt, welcher in dem angegebenen Gebiet wohnt, an der Versammlung persönlich Theil nimmt und sich in die Liste der Mitglieder eingeschrieben hat.

5.

Die Aerzte der unter 3 nicht erwähnten Kreise Bayerns, sowie die Aerzte der Schweiz, werden als willkommene Gäste zu den Versammlungen eingeladen.

## 6.

Unter dem Vorsitz des jedesmaligen Alterspräsidenten wird für die Sitzung des ersten, wie für diejenige des zweiten Tages je ein Vorsitzender gewählt. Der Vorsitzende der ersten Sitzung ernennt zwei Schriftführer, welche auch in der Sitzung des zweiten Tages in Function bleiben.

## 7.

In der Sitzung des zweiten Tages findet die Wahl des Orts für die im nächsten Jahre abzuhalten Versammlung statt.

## 8.

In derselben Sitzung werden zwei Geschäftsführer gewählt, welchen die Vorbereitung der nächstjährigen Versammlung nach jeder Richtung hin obliegt, insbesondere die Aufstellung des Programms und die Ausführung der Einladungen.

## 9.

Im Falle der Verhinderung eines Geschäftsführers übernimmt der zweite die gesammte Leitung der Geschäfte. Wird dann auch dieser verhindert, so liegt den Geschäftsführern der zuletzt vorhergegangenen Versammlung die Ernennung zweier Ersatzmänner ob.

## 10.

Die Schriftführer haben gemeinschaftlich einen Bericht über die Versammlung auszuarbeiten und, mit ihrer Unterschrift versehen, dem Druck zu übergeben. Der Bericht erscheint in zwei Zeitschriften, deren Bestimmung der Sitzung des zweiten Tages obliegt.

## 11.

Die Schriftführer haben ferner, nach Massgabe der von den Geschäftsführern dem Vorsitzenden der ersten Sitzung vorgelegten und von demselben visirten Uebersicht, die allgemeinen Kosten, welche durch die Vorbereitung und Abhaltung der Versammlung entstanden sind, zu gleichen Theilen von den Mitgliedern der Versammlung zu erheben.

Etwaige Ueberschüsse werden nach der Bestimmung der beiden Vorsitzenden zu milden Zwecken verwendet.

## 12.

Die allgemeine Aufgabe der Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte besteht darin, durch die Vermittelung des persönlichen Verkehrs und der geselligen Vereinigung die Wissenschaft zu pflegen und zu fördern und eine ehrenhafte Collegialität zu üben.

## 13.

Im Besonderen äussert sich die wissenschaftliche Thätigkeit der Versammlungen durch die Veranstaltung von Demonstrationen und Vorträgen aus dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie. Bei der Auswahl der Themata soll auf die Erörterung thatsächlicher Verhältnisse und specieller, bestimmt gestellter Fragen das Hauptgewicht gelegt werden. Und zwar soll hierbei nicht allein das Interesse der Fachmänner, sondern namentlich auch das Bedürfniss der praktischen Aerzte massgebend sein.

## 14.

Die Demonstrationen und Vorträge werden im Allgemeinen nach der Reihenfolge abgehalten, in welcher dieselben bei den Geschäftsführern vorher angemeldet worden sind.

15.

Eine Discussion über die abgehaltenen Vorträge und Demonstrationen findet in den Sitzungen in der Regel nicht statt. Ebensowenig fasst die Versammlung Beschlüsse über wissenschaftliche Fragen, und etwaige hierauf abzielende Anträge sollen nicht zugelassen werden.

16.

Jeder Vortragende ist verpflichtet, den Schriftführern eine schriftliche Mittheilung über den Inhalt seines Vortrags etc. zukommen zu lassen, welche bei der Abfassung des Berichts über die Versammlung unmittelbar benutzt werden kann.

17.

Alle Beschlüsse werden durch einfache Stimmenmehrheit gefasst, mit Ausnahme derjenigen über Abänderungen, authentische Auslegung und Aufhebung dieser Statuten. Diese Beschlüsse erfordern eine Majorität von  $\frac{3}{4}$  der Stimmen. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

Als nächster Versammlungsort wurde wieder Baden gewählt. Zu Geschäftsführern wurden Director Dr. Ludwig und Dr. Otto gewählt. Zum Schluss beschloss die Versammlung ein Dankschreiben an die Kurcommission der Stadt Baden für das erwiesene freundliche Entgegenkommen.

Nach Bestreitung der allgemeinen Kosten blieb ein Ueberschuss von 10 Mark übrig. Mit Genehmigung des Vorsitzenden wurde die eine Hälfte desselben dem badischen Hilfsvereine für arme Entlassene aus den beiden Heil- und Pflege-Anstalten Illenau und Pforzheim, die andere Hälfte der Unterstützungskasse der Anstalt Heppenheim zugewiesen.

Pforzheim, August 1876.

Dr. Fischer jr. Dr. Otto.

---