

XXIV.

Berliner

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Nachtrag zum Protokoll vom 8. März 1880.*)

Herr Remak: Ein Fall von localer Oberextremitätenataxie mit gleichseitiger Ephidrosis unilateralis.

M. H.! Dieser 38jährige Patient suchte vor wenigen Wochen meine Hülfe wegen einer Bewegungsstörung der rechten Hand, welche sich vor fünf Jahren allmälig vom kleinen Finger aus entwickelt hat und nun seit mehr als vier Jahren stationär sein soll. Es besteht weder eine Atrophie der betreffenden Extremität, noch eine Herabsetzung der motorischen Kraft. Trotzdem ist die rechte Hand nur wenig brauchbar wegen der bestehenden sehr bedeutenden Ungeschicklichkeit, welche, wie der Kranke selbst bemerkt hat, wesentlich zunimmt, wenn er nicht hinsieht oder die Augen schliesst. Sie sehen, dass er dann nicht im Stande ist, einen Gegenstand vom Tische zu nehmen, dass er atactisch hin und her tappt und das schon erfasste Object wieder fallen lässt. Dieselbe Ataxie macht sich geltend, wenn er ein Streichholz anzünden soll u. s. w. Die Untersuchung der Sensibilität ergiebt, dass dieselbe bis zum Ellenbogen hinauf in hohem Masse beeinträchtigt ist. Auch tiefe Nadelstiche erregen keinen Schmerz, ebenso wie die faradische Reizung mit dem elektrischen Pinsel nur bei den stärksten Strömen ein ganz unbestimmtes Schmerzgefühl hervorruft. Berührungen werden überhaupt nicht wahrgenommen und Nadelstiche nur unvollkommen localisiert. Ebenso ist das Druckgefühl aufgehoben, weniger der Temperatursinn beeinträchtigt, indem Patient angiebt, dass er lediglich an der Wärme oder Kälte erkennt, ob er etwas in der Hand hat. Von passiv den Fingergelenken und dem Handgelenk ertheilten Stellungen hat Patient keine Ahnung, und ist er nicht im Stande, dieselben auf der anderen Seite nachzuhören, während der umgekehrte Versuch leidlich gelingt. Besser orientirt ist er über dem rechten Ellenbogen ertheilte Stellungen.

*) Der Abdruck des betreffenden Vortrages in dem Sitzungsprotokolle (s. Bd. XI. Heft 3. S. 830) war durch ein Versehen unterblieben.

Während die elektrische Nerven- und Muskelerregbarkeit durchaus normal ist, ist die elektromusculäre Sensibilität im Bereiche des Vorderarms und der Hand völlig aufgehoben, indem die auf der anderen Seite ausserordentlich schmerhaft, durch starke faradische Reizungen der Nervenstämmme hervorgerufenen Contractionen bei geschlossen Augen dem Kranken hier nicht zur Kenntniss kommen. Die Bewegungsstörung der rechten Hand, welche sie nur bei gleichartiger Verwendung mit der andern Hand zu einfachen Manipulationen befähigt, charakterisiert sich also als sensorische Ataxie mit hochgradigen Sensibilitätsstörungen.

Ausserdem bemerken Sie an dem Kranken eine andere, seit ungefähr 3 Jahren entstandene Erscheinung, nämlich eine wesentlich auf die rechte Kopfhälfte beschränkte, sehr lebhafte Schweißsecretion mit leichter Röthung derselben Gesichtshälfte. Diese Hyperhidrosis dextra tritt besonders leicht bei Anstrengungen ein, z. B. wie jetzt, nach längrem Gehen, und ist, wie Sie sehen, mit einer ziemlich beträchtlichen Verengerung der rechten Pupille vergesellschaftet. Die Myosis dextra wechselt an Intensität, ist besonders ausgeprägt, wenn Patient geschwitzt hat, überdauert in der Regel die Schweißsecretion, kann aber, wie ich einmal bei dem Kranken beobachtet habe, auch nach längerer Ruhe ganz fehlen. Der Patient hat selbst die Bemerkung gemacht, dass die halbseitige profuse Schweißsecretion in der rechten Gesichts- und Kopfhälfte, welche auch die rechte Achsel betheiligt, regelmässig auftritt beim Genusse saurer Speisen, z. B. sauren Herings und Mostrichs. Nachdem ich den vorhandenen Schweiß abgewischt habe, sehen Sie mit blossem Auge, wie nach dem Genuss von einem Theelöffel Mostrich nach wenigen Secunden grosse Schweißperlen zuerst aus der rechten Stirngegend, dann aus der Wange und Nasenhälfte hervorquellen und schliesslich die ganze Kopfhälfte im Schweiß wie gebadet erscheint. Bei dieser excessiven Schweißbildung betheiligt sich auch etwas die linke Kopf- und Gesichtshälfte, wenn auch in sehr viel geringerem Grade. Dagegen ist die lebhafte fleckige Röthung auf die rechte Gesichtshälfte beschränkt und von einer Temperaturerhöhung von 3 Decigraden im rechten Gehörgang nach einer von mir angestellten Messung begleitet. Ebenso wie durch saure Ingesta lässt sich auch durch faradische Reizung der Zungen- und Mundschleimhaut, durch faradische Reizung der Wangenhaut und des rechten Facialisstammes leichte Schweißsecretion der rechten Gesichtshälfte hervorbringen. Dieselbe steht aber an Intensität bei Weitem hinter der durch saure Speisen hervorgebrachten zurück.

Im Uebrigen ist im Bereiche der Cerebralnerven eine Störung nicht nachzuweisen, namentlich keine Differenz in der Motilität oder Sensibilität beider Gesichtshälften, auch nicht in der Breite der Lidspalten. Die ophthalmoscopische Untersuchung liess keine Differenzen in der Füllung der Retinalgefässe beiderseits erkennen.

Während bis zum Beginn dieses Winters nach den bestimmten Angaben des ziemlich intelligenten und sich eines guten Allgemeinbefinden erfreuenden Patienten die Bewegungs- und Gefühlsstörung der rechten Hand und die halbseitige Schweißsecretion die einzigen krankhaften Erscheinungen waren, be-

merkt er seitdem eine mässige Unsicherheit des Ganges im Dunkeln, so dass er alsdann wie ein Betrunkener gehen will. In der That geht der Kranke mit offenen Augen ganz normal, steigt gut Treppen und ist auch im Stande mit jedem Fusse einzeln einen Stuhl zu ersteigen; wenn er jedoch die Augen schliesst, tappt er etwas und ist in allen diesen Bewegungen unsicher. Dementsprechend schwankt er etwas mit geschlossenen Augen, ohne jedoch auch bei längerem Stehen umzufallen. Er hat niemals Schmerzen in den Beinen gehabt, und soll nur in der rechten Sohle das Gefühl etwas taub sein. Die objective Untersuchung ergiebt keine Herabsetzung der motorischen Kraft, keine nachweisbare Ataxie und nur äusserst geringe Sensibilitätsstörungen: Beeinträchtigung der Gelenksensibilität der Zehen rechts und ganz leichte Anomalien der Schmerzempfindung der rechten Fusssohle. Während neulich hier das von mir beschriebene Phänomen der zeitlichen Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung vorhanden war, werden jetzt Nadelstiche meist sofort als solche angegeben oder einige Male nur als stumpfe Berührung empfunden. Bemerkenswerther Weise fehlt beiderseits das Kniephänomen.

Von anderweitigen Beschwerden ist nur eine seit Kurzem aufgetretene leichte Erschwerung der Harnentleerung und eine ziemlich constant vermehrte Pulsfrequenz (108—120) zu erwähnen. Die Potenz ist vollkommen erhalten.

Von ätiologischem Interesse ist, dass vor 12 Jahren ein Uleus durum mit nachfolgenden Kopfschorfen und Rachengeschwüren voraufgegangen ist, welche Affectionen ihrer Zeit mit subcutanen Sublimatinjectionen behandelt wurden. Man constatirt jetzt als einzige verdächtige Erscheinungen Drüsen-schwellungen in der Gegend des Sulcus bicipitalis internus sinister. Patient ist verheirathet und Vater zweier, angeblich gesunder Kinder.

Der vorliegende Symptomencomplex setzt sich also aus einer localen Ataxie der rechten Oberextremität mit hochgradigen Sensibilitätsstörungen derselben — die linke Oberextremität ist vollkommen intact — einer Ephysi-drosis dextra mit gleichseitiger Myosis und einer interessanten Beziehung zur Geschmackssensation, endlich aus tabischen Symptomen des geringsten Grades von Seiten der Unterextremitäten zusammen. Bei der Diagnose wird man sich die Frage vorzulegen haben, ob es sich hier um einen Fall von Tabes anomaler Entwicklung handelt, zumal sowohl die Complication der Tabes mit Hyperhidrosis unilateralis bekannt ist, als gelegentlich vorkommende vorzugsweise Erkrankung der Oberextremitäten. In der That deuten das Schwanken bei geschlossenen Augen, die leichten Sensibilitätsstörungen der Unterextremitäten, namentlich aber das Fehlen des Kniephänomens, darauf hin, dass bereits Veränderungen in den Hintersträngen bis in die Lendenanschwellung hinein eingetreten sind (Westphal). Da aber die locale Ataxie der rechten Hand nach den bestimmten Angaben des Patienten schon Jahre lang vor den sehr leichten Störungen der Unterextremitäten bestanden hat, so dürfte vielleicht die Vermuthung berechtigt sein, dass diese Tabes nicht in regulärer Weise begonnen hat, sondern vielleicht ihren Ausgangspunkt genommen hat von einem wahrscheinlich auf syphilitischer Basis entstandenen sklerotischen

Herde in der rechten hinteren Hälfte der Cervicalanschwellung. Wenn man Kahler und Pick*) darin beistimmen würde, dass locale sensorische Ataxie allemal da eintritt, wenn entsprechende centripetale Bahnen in einer genügenden Strecke ihres Verlaufes, sei es im Gehirn oder im Rückenmark, unterbrochen sind, so wird die hochgradige sensorische Ataxie der rechten Oberextremität durch die Annahme eines die hinteren Wurzeln und ihre Einstrahlungen in die Halsanschwellung betheiligenden sklerotischen Herdes ausreichend erklärt sein. Denn für eine cerebrale Ataxie sprechen keinerlei, auch nicht die später aufgetretenen anderweitigen spinalen Symptome. Es würde also bei dieser Annahme die constitutionelle Lues in dem vorliegenden anomalen Falle von Tabes in der That eine Rolle spielen, während ich mich erst kürzlich im Einklange mit Herrn Westphal dahin ausgesprochen habe, dass für die gewöhnlichen Formen der Tabes ich einen ursächlichen Zusammenhang mit voraufgegangener Syphilis nicht anzuerkennen vermag**). Ich befinde mich darin im Einklange mit Julliard***), dem neuesten Bearbeiter der spinalen Syphilis, welcher hervorhebt, dass die Syphilis als solche niemals Systemerkrankungen herbeiführt, sondern diffuse oder multiple, unregelmässig localisierte Erkrankungen, welche durch ihre zufällige Localisation gelegentlich in ihrer Symptomatologie mit typischen Systemerkrankungen Analogien darbieten können. Nach diesen Ueberlegungen möchte ich also in dem vorliegenden Falle mit aller Reserve eine ursprünglich syphilitische Sklerose in der hinteren rechten Hälfte der Halsanschwellung annehmen, an welche sich weiterhin secundäre Veränderungen in beiden Hintersträngen geschlossen haben.

Ob man der Ephidrosis dextra für die anatomische Diagnose einen besonderen Werth beilegen soll, dürfte zweifelhaft sein, da dieselbe auch ohne andere nervöse Erkrankungen mehrfach beobachtet wurde. Immerhin dürfte aber bei den von Ebstein in einem Falle constatirten anatomischen Veränderungen in den Halsganglien des betreffenden Sympathicus die Möglichkeit vorliegen, dass auch hier der rechte Halssympathicus afficit ist, zumal, was bei Ephidrosis unilateralis bekanntlich durchaus nicht constant ist, mit derselben hier eine Myosis des betreffenden Auges verbunden ist. Vielleicht könnte man auch an eine Erkrankung der cerebrospinalen Secretionscentren denken, welche durch neuere Untersuchungen auch im Rückenmark wahrscheinlich gemacht sind. Die in dem vorliegenden Falle beobachtete interessante Beziehung der halbseitigen Schweißsecretion zum Geschmacksreize schliesst sich an Erfahrungen von Brown-Séquard, Henle und Barthez an, welcher neuerdings Botkin†) gedachte. Vermehrte Schweißsecretion im Gesicht wurde nach abgelaufenen Parotiden bei Kaubewegungen mehrfach

*) Kahler und Pick, Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems, 1879, S. 54 u. ff.

**) Vergl. Berl. klin. Wochenschrift 1880, S. 142.

***) Julliard, Étude critique sur les localisations spinale de la syphilis. Paris 1879.

†) Vergl. Berl. klin. Wochenschrift 1875, No. 7.

beobachtet. Hier ist keine Parotitis voraufgegangen und hat die halbseitige Hyperhidrosis entschieden mit den Kaubewegungen nichts zu thun, sondern hängt bei ihrem Auftreten nur bei bestimmten Speisen von dem specifischen Reiz ab. Bemerkenswerth ist, dass saure Schmecksubstanzen wirksamer sind, als starke faradische Reizungen der Mund- und Zungenschleimhaut. Wie weit auch andere Schmecksubstanzen eine ähnliche Wirkung entfalten, wäre Gegenstand einer besonderen Specialuntersuchung. Jedenfalls liegt hier eine auch von Adamkiewicz nicht hervorgehobene Reflexwirkung von den Geschmacksnerven auf die Schweißsecretionsnerven an der betreffenden Prädilectionssstelle des Schwitzens vor*).

Die Therapie hat bisher in der Verabreichung des Jodkalium und der Application galvanischer, vom Halsmark zum Plexus brachialis dexter absteigender Ströme bestanden. In den drei Wochen der Behandlung ist eine objective Aenderung nicht eingetreten, während Patient ein lästiges Gefühl der Schwere und Kälte des rechten Armes verloren zu haben angiebt**).

Sitzung vom 8. November 1880.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Remak: Krankenvorstellung eines Falles von Hemianaesthesia alternans.

Der 61 Jahre alte, seit dem 24. Juni 1879 in meiner Beobachtung befindliche Patient hatte 11 Wochen zuvor, nachdem bereits einige Tage rechtsseitiger Kopfschmerz voraufgegangen war, einen leichten Schlaganfall ohne Bewusstverlust erlitten, von welchem Schwäche und Kältegefühl der linken Extremitäten und Schmerzen mit Taubheitsgefühl der rechten Gesichtshälfte zurückgeblieben waren. Er klagte über heftigen Schwindel, namentlich beim Gehen, mit stetiger Neigung nach rechts zu fallen, ferner über Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, besonders über dem Auge, welche zuweilen auch die rechte Backe und den rechten Nasenflügel beteiligten. Diese Symptome einer rechtsseitigen, hauptsächlich den ersten Ast betreffenden Trigeminusneuralgie bildeten bis jetzt mit abnehmender Intensität die Hauptbeschwerden und ermöglichen durch die Nothwendigkeit der stets palliativ schmerzstillenden galvanotherapeutischen Behandlung eine ziemlich continuirliche Beobachtung des sehr chronischen Krankheitsverlaufes. Ausser der rechtsseitigen Trigeminusneuralgie constatirte ich bei der Aufnahme eine

*) Vergl. Adamkiewicz, Die Secretion des Schweißes. Berlin 1879.

**) Bei einer am 12. April wiederholten Vorstellung des Patienten in der Gesellschaft für Psychiatrie konnte auch eine objective leichte Besserung der Geschicklichkeit und des Druckgefühls der rechten Hand demonstriert werden.

R.

leichte Hemiparesis sinistra mit geringer, noch jetzt nachweisbarer Beteiligung des linken Mundfacialis und Herabsetzung der Hautsensibilität links bis zur Mittellinie des Körpers, äusserst enge, undeutlich reagirende Pupillen bei normalem ophthalmoskopischen Befunde und intacten Augenbewegungen, ferner eine ausgesprochene Neigung nach rechts zu fallen, so dass Patient bei geschlossenen Augen besonders leicht nach dieser Seite umgeworfen werden konnte. Patient war von jeher etwas schwerhörig beiderseits und wollte hierin eine Änderung nicht bemerkt haben. Von Seiten der anderen Sinnesorgane, der Deglutition, Articulation und Phonation war keine Störung eingetreten. Der subjectiv durch den Schwindel erschwerete Gang war objectiv durch das auch jetzt noch vorhandene etwas steife und unbeholfene Aufsetzen des linken Beines charakterisiert, an welchem eine Steigerung der Sehnenreflexe nicht nachweisbar war. Während Anfangs eher eine Hyperalgesie der rechten, wegen der spontanen Schmerzen schwer zu untersuchenden Gesichtshälfte bestanden zu haben schien, konnte nach einer mehrwöchentlichen Unterbrechung der Beobachtung bereits im September 1879 eine Analgesie der rechten Gesichtshälfte, namentlich an der Stirn und am Bulbus, constatirt werden, welche in geringerem Masse die rechte Mundschleimhaut und rechte Zungenhälfte beteiligte, so dass also seitdem eine etwa in der Höhe des Unterkieferrandes sich umsetzende rechtsseitige Trigeminus- und relative linksseitige Rumpfhemianästhesie verzeichnet wurde. Von Seiten des motorischen Theils des rechten Trigeminus war niemals eine Störung nachzuweisen. Nachdem im October und November 1879 je ein Ohnmachtsanfall mit angeblich nachfolgender Zunahme der Gesichtsschmerzen, übrigens ohne erkennbaren Einfluss auf den objectiven Befund, aufgetreten war, stellte sich im Januar, etwa gleichzeitig mit der noch jetzt bestehenden Verengerung der rechten Lidspalte, Röthung und Entzündung der Conjunctiva und eine typische neuroparalytische Keratitis in dem anästhetischen rechten Bulbus ein, welche unter Professor Schoeler's Behandlung bis Anfang März d. J. mit den noch jetzt sichtbaren, die Sehschärfe nicht bedeutend beeinträchtigenden Hornhauttrübungen abließ. Unterdessen waren allmälig die objectiven und subjectiven Schwindelerscheinungen sowie die linksseitige Hemiparesis wesentlich zurückgegangen, während die linksseitige relative Hemianästhesie und rechtsseitige Anästhesia dolorosa des Trigeminus fortbestehen.

Man constatirt immer noch die Verengerung der rechtsseitigen Lidspalte ohne Ptosis und ohne Lähmungserscheinungen von Augenmuskeln, ferner die auffallend engen Pupillen. Die rechte Gesichtshälfte befindet sich, besonders in ihrem oberen Abschnitt, in einer auch durch dauernde Emporziehung der rechten Augenbrauen sich äussernden leichten Contractur. An der Stirn besteht rechts Analgesie für Nadelstiche mit gleichzeitiger Alteration der übrigen Gefühlsqualitäten, ebenso an der Cornea, von welcher Reflexe nicht erhalten werden. An der rechten Wange, Nasen-, Mund-, Rachen- und Zungenschleimhaut ist die Sensibilität im Vergleich zur anderen Seite herabgesetzt, wie dies namentlich durch die faradocutane Prüfung nachweisbar ist; auch ist die galvanische Geschmacksempfindung der rechten Zungenhälfte etwas herabgesetzt,

während Patient sonst eine Geschmacksstörung nicht bemerkt hat. Die gut bewegliche Zunge kommt gerade heraus; Sprache und Deglutition sind ungestört. Vom Unterkieferrande abwärts besteht eine genau mit der Mittellinie abschneidende subjective und objective Sensibilitätsstörung der linken Rumpfhälften und Extremitäten, welche hauptsächlich für die Schmerz- und Temperaturrempfindung nachweisbar ist. Besonders in den Schwellenwerthen der faradocutanen Schmerzempfindung zeigt sich eine Rollenabstandsdifferenz von 1—2 Ctm. an symmetrischen Hautstellen zu Ungunsten der linken Seite, während Nadelstiche allerdings auch hier als solche, aber undeutlicher als an der anderen Seite empfunden werden. Einen Unterschied des Durchmessers der Tastkreise habe ich neuerdings ebenso wenig wie eine deutliche Störung des Drucksinns constatiren können. Dem entsprechend palpirt Patient auch links kleine Gegenstände z. B. Geldstücke richtig heraus, ebenso wie auch das Gefühl für passiv den Gelenken ertheilte Stellungen erhalten ist. Mit der objectiven Alteration der Schmerz- und Temperaturrempfindung geht subjectiv Gefühl von Kälte und Abgestorbensein der linken Extremitäten einher, welches sich zuweilen zu schmerzhaften Sensationen steigert. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keine andere Störung als höchstens eine gesteigerte Pulsfrequenz (96). Der Urin ist frei von Albumen und Zucker. Patient hatte in der Jugend einen Schanker, dessen Narbe noch zu sehen ist, aber nie irgend welche syphilitischen Symptome; er ist Vater mehrerer gesunder Kinder.

Bei dem Versuche, in diesem hauptsächlich durch die gekreuzte partielle Hemianästhesie charakterisierten Falle eine Herddiagnose zu stellen, würde die Analogie mit der bekannten Gubler'schen alternirenden Lähmung des Facialis und der Extremitäten auf den Pons hinweisen, auch wenn nicht einzelne anatomische Befunde dafür vorlägen, welche neuerdings zum Theil in einer Abhandlung von Couty über die mesocephalischen Anästhesien (Gazette hebd. 1877 und 1878) gesammelt sind. Während nämlich nach ihm in der Regel bei halbseitigen Ponskrankungen die Hemianästhesie auch am Kopfe die entgegengesetzte Seite betrifft, liegen Fälle mit Obduktionsbefund von Carré, Brown-Séguard, Gubler vor, in welchen mit gekreuzter Lähmung des Facialis und der Extremitäten eine entsprechend gekreuzte Anästhesie des Trigeminus und der Extremitäten einherging. In Betreff der speciellen Herdlocalisation kommt Couty zu dem Resultat, dass, während die gewöhnliche gleichseitige Hemianaesthesia mesocephalica des Gesichts und der Glieder bei Herden in den oberen lateralen Partien des Pons beobachtet wird, die Hemianaesthesia alternans bei Affectionen der unteren Schichten des lateralen Ponsabschnittes von directer Läsion der dem Herde gleichseitigen Trigeminusfaserung abhängt, wie dies schon vorher von M. Rosenthal und Meynert auf Grund klinisch-anatomischer Beobachtungen in gleicher Weise behauptet war. Der vorliegende Fall ist aber dadurch ausgezeichnet, dass die Hemianaesthesia alternans fast rein für sich besteht, und namentlich eine Facialislähmung der anästhetischen Gesichtshälfte nie vorhanden war. Auch für diese seltenen Fälle glaubt aber Nothnagel in seiner topischen Diagnostik der Gehirn-

krankheiten für den reinen Symptomencomplex der Hemianæsthesia alternans auf Grund eines Falles von Leyden, allerdings ohne Obductionsbefund, und Angaben von Hughlings Jackson, eine einseitige circumscripte Ponserkrankung in Anspruch nehmen zu dürfen, für welche in unserem Falle auch die hochgradige Myosis und die wohl als Kleinhirnschenkelsymptom aufzufassende Neigung, nach der Seite des präsumtiven Herdes zu fallen, ebenfalls sprechen dürften. Mit aller Reserve möchte ich also eine circumscripte rechtsseitige, die Trigeminusfaserung betheiligende laterale Ponserkrankung für wahrscheinlich halten, über deren Natur vielleicht die Vermuthung gerechtfertigt ist, dass es sich bei der plötzlichen Entstehung um eine Erweichung handelt.

Die Discussion über diesen Vortrag wird bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Hierauf hält Herr Binswanger seinen Vortrag: Demonstration einer Missbildung des Gehirns.

Der Vortragende demonstriert das Gehirn eines idiotischen Mädchens, welches im 11. Lebensjahre gestorben war. Dasselbe hatte nie sprechen gelernt. Der Gesichts- und Gehörssinn war, soweit sich Prüfungen in dieser Richtung hin anstellen liessen, rudimentär vorhanden. Die Intelligenz war auf der niedrigsten Stufe der Entwicklung stehen geblieben. Die Extremitäten blieben in der Entwicklung auffallend zurück, Arme und Beine bis zum 8. Jahre contracturirt, aktiv und passiv unbeweglich; im 8. Jahre 3 epileptische Anfälle, späterhin wurden die Contracturen geringer, passive Bewegungen in geringem Masse ausführbar, active Bewegungen mit den oberen Extremitäten in plumper, unvollkommener Weise. Tod an einer intercurrenten Erkrankung.

Das Gehirn — der knöcherne Schädel und die Meningen zeigten außer leichten Trübungen und Verdickungen des Stirntheils der Pia mater nichts besonderes — wog 1071 Grm. und zeigte die auffälligsten Abweichungen von der typischen Gestaltung der Grosshirn-Oberfläche. Die hervorstechendste Erscheinung ist der scheinbare Mangel beider Centralwindungen an beiden Hemisphären, das Zusammenfliessen der Sylvi'schen Spalte und der Rolando'schen Furche zu einem breiten, klaffenden Spalte, die mangelhafte Entwicklung des oberen Scheitellappens, das Fehlen des Paracentrallappens linkerseits und die verkümmerte Ausbildung desselben an der rechten Hemisphäre. Der Windungstypus des hinteren Gehirnabschnittes beiderseits weist ebenfalls die grössten Abweichungen von der Norm auf, linkerseits ist die sogenannten Affenspalte typisch vorhanden, rechterseits nur durch schmale Windungsbrücken unterbrochen.

Die genauere Untersuchung ergiebt, dass die Centralwindungen beiderseits in der Tiefe der die Hemisphären durchschneidenden Spalte als schmale, spitzwinklige zusammenfliessende Windungszüge verborgen sind im Sinne der *plis de passage* von Gratiolet.

Herr Wernicke: In dem vorliegenden Falle ist nicht so sehr das Zusammenfliessen der Rolando'schen Furche mit der Sylvi'schen, sondern das der Intraparietalfurche mit der Sylvi'schen Spalte von Bedeutung. Es ist das deswegen von besonderem Interesse, weil bei einzelnen Affenarten z. B. Ateles sich ähnliche Verhältnisse finden: hier kommt diese Bildung

dadurch zu Stande, dass, (wie man z. B. rechts gut sehen kann) die hintere Centralwindung unter das Niveau gesunken ist. Auffallend sei auch die bedeutende, vielleicht compensatorische Entwicklung des unteren Scheitelläppchens. Bei der Betrachtung aller dieser Dinge könne man wohl auf den Gedanken kommen, es handele sich um einen Fall von Atavismus.

Herr Binswanger: Rudimentäre Andeutungen von Centralwindungen finden sich hier in diesem Falle, wie ich mich bei der frischen Untersuchung durch Auseinanderziehen der Spalten überzeugt habe: sie liegen eben rudimentär entwickelt in der Tiefe, unter dem gewöhnlichen Niveau. Deshalb kann ich auch die Ansicht, dass es sich bei dem Zusammenfliessen der Furchen um die Intraparietalfurche und nicht um die Centralfurche handle, nicht theilen.

Herr Mendel glaubt sich der Binswanger'schen Auffassung anschliessen zu müssen.

Herr Westphal bestreitet die Auffassung Wernicke's von einem Atavismus in diesem Fall: man könne doch eine Verkümmерung der Centralwindungen nicht als Stütze dieser Behauptung anführen: Affen besässen doch gerade eine hoch ausgebildete Beweglichkeit (Centralwindungen!), im vorliegenden Falle fehlte diese ja fast ganz.

Herr Wernicke: Ich bin auch nicht der Meinung, dass der Atavismus ohne allen Krankheitsprocess zu Stande kommt: es ist aber auffallend, dass der krankhafte Process so liegt, dass die Furchung nun so wird, wie bei manchen Affenarten (den amerikanischen und, wenn ich eine Abbildung Bischoff's richtig versteh'e, auch dem Gorilla).

Herr Binswanger weist die Annahme atavistischer Verhältnisse in diesem Falle zurück: es fanden sich Trübungen in der Pia über beiden Scheitelläppchen, also Reste entzündlicher, pathologischer Veränderungen. Auch Birch-Hirschfeld habe einen ganz ähnlichen Befund in einem entsprechenden Falle zu verzeichnen gehabt. Er halte es für eine Bildungshemmung und nicht für einen Rückschlag.

Herr W. Sander frägt, ob das Rückenmark in diesem Falle untersucht worden ist.

Herr Binswanger verneint diese Frage; es seien aber der Pons und die Pyramiden ganz gut entwickelt gewesen.

Sitzung vom 13. December 1880.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Vor der Tagesordnung erhält Herr Remak zur Ergänzung seines Vortrages das Wort:

Bei dem in der letzten Sitzung Ihnen vorgestellten Patienten mit Hemianästhesia alternans hat die wegen des Mangels aller Kehlkopfssymptome erst nachträglich auf meinen Wunsch von Herrn Collegen Böcker angestellte

laryngoskopische Untersuchung einen interessanten von mir bestätigten Befund ergeben. Während bei der Phonation die Stimmbänder sich bei durchaus geradem Stande der Glottis in normaler Weise aneinanderlegen und anspannen, steht bei der Inspiration das rechte Stimmband ganz still und lässt so die normale, vom linken Stimmband gut ausgeführte Bewegung nach Aussen völlig vermissen. Da diese partielle, ausschliesslich den *M. crico-arytaenoideus posticus dexter* betheiligende Recurrenslähmung die Seite der Trigeminusanästhesie betrifft, so dürfte sie, bei der Abwesenheit aller für eine periphere Läsion des rechten *N. laryngeus inferior* verantwortlich zu machenden Befunde, namentlich auch des Herzens und der grossen Gefässer, mit grosser Wahrscheinlichkeit, ebenso wie die anderen Ausfallserscheinungen, auf die centrale Herderkrankung zurückzuführen sein. Diese muss also, da die in der Bahn des *N. vagus* verlaufenden motorischen Kehlkopfnerven aus dem inneren Aste des *N. accessorius* stammen, den nur bis in die *Medulla oblongata*, in die Gegend des Olivenkernes hineinreichenden *Accessoriuskern* betheiligen. Es ist also die auf Grund der bisherigen Befunde nach den vorliegenden literarischen Angaben gestellte Diagnose einer rechtsseitigen circumscripten Pons-erkrankung auf Grund dieses neuen laryngoskopischen Befundes dahin zu berichtigten oder zu ergänzen, dass der Herd jedenfalls bis in die *Medulla oblongata* sich herabstrecken muss. Dann kann aber auch die vorhandene rechtsseitige Trigeminusanästhesie mit der *consecutiven abgelaufenen neuro-paralytischen Keratitis* von einer Erkrankung der in der *Medulla oblongata* benachbarten aufsteigenden *Quintuswurzel* möglicherweise abhängen. Auffallend bleibt dabei allerdings nicht sowohl, dass die anderen vom *Nerv. accessorius* versorgten Muskeln keine Lähmungsscheinungen darbieten, als dass sich auch eine Beteiligung des *Vagus* und *Hypoglossus* in keiner Weise deutlich constatiren lässt. Wenigstens dürfte eine etwas gesteigerte Pulsfrequenz (96) kaum in dieser Beziehung verwerthbar sein.

Beiläufig sei erwähnt, dass diese einseitige Posticuslähmung auf centraler Basis für die bekanntlich noch so wenig aufgeklärte Pathogenese der klinisch so sehr viel wichtigeren doppelseitigen Posticuslähmungen die schon anderweitig, auch auf Grund eines *Obductionsbefundes* (Penzoldt) aufgestellte Hypothese zu erhärten geeignet sein dürfte, dass auch diese vielleicht von einer centralen partiellen Kernerkrankung des *Accessoriuskern* abhängen.

Hierauf hält Herr Moeli den angekündigten Vortrag: *Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen.*

Vortragender beobachtete bei vier unter den in Folge Eisenbahnunglücks aufgenommenen Kranken theils neben Störungen der Motilität und Sensibilität, theils ohne solche, Aenderung des psychischen Verhaltens. Die Patienten boten meist deprimierte Stimmung, Weinenlichkeit neben Neigung zu Zornausbrüchen, dar. Daneben zwangsmässiges Vordrängen der Erinnerung an den Unfall, Erschwerung geistiger Thätigkeit bis zu nachweisbarer Gedächtnisschwäche, hochgradige Störung des Schlafes, Angstanwandlungen mit erheblicher Steigerung der Pulsfrequenz. Die Erscheinungen hatten sich allmälig

entwickelt, Simulation war auszuschliessen. In zwei Fällen trat eine erhebliche Besserung ein. Bei Kranken mit schweren Geistesstörungen, welche früher einen Eisenbahnunfall erlitten hatten, liess sich in den dem Vortragenden bekannt gewordenen Fällen ein Zusammenhang der Erkrankung mit dem Unfall nicht mit genügender Sicherheit nachweisen. (Der Vortrag ist ausführlich in No. 6, 1881, der Berliner klin. Wochenschrift veröffentlicht worden.)

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion bemerkte

Herr W. Sander: Der Vortragende hat die forensische Wichtigkeit, welche diese Fälle seit Emanation des Haftpflichtgesetzes haben, nicht berührt. Mit Rücksicht darauf und anknüpfend an die letzten Bemerkungen des Vortragenden möchte ich darauf hinweisen, dass nicht selten psychische Erkrankungen, und besonders paralytische, was leicht erklärlieblich, auf Eisenbahnunfälle bezogen werden, während die genauere Anamnese nachweist, dass die Erkrankung schon vor dem Unfalle bestanden haben muss. Redner theilt zwei Fälle der Art mit, welche übrigens beide trotzdem zu Gunsten der Verunglückten entschieden wurden. Bei dem einen war gleichzeitig Lues vorhanden, und es weist Redner darauf hin, wie wichtig eine solche Concurrenz ätiologischer Momente forensisch werden kann, und wie vorsichtig der Arzt in seinem Urtheile in solchen Fällen sein muss.

Auch Herr Wernicke hat ähnliche Fälle gesehen, welche in späteren Stadien sich ganz wie Paralytiker verhielten: ohne Kenntniss des Verhaltens in den früheren Stadien (wo sich der Kranke ganz so verhielt, wie Moeli es geschildert), hätte man überhaupt nicht zweifelhaft sein können, dass es sich um eine Paralyse handelte.

Einer dieser Fälle war zuerst der Simulation verdächtig (beim Vergleich der Muskelkraft bei activen Bewegungen und des den passiven Bewegungen entgegengesetzten Widerstandes), und simulirte er auch wirklich, trotzdem wurde später daraus das Bild der Paralyse.

Herr Mendel kennt einen Mann, der nach dem Unfall 8 Wochen im Krankenhause lag. Die Motilität ist intact, es bestehen aber Schwindelanfälle, eine nicht simulirte Gedächtnisschwäche und abnorme Sensationen. Wahnvorstellungen fehlen. M. hält den Kranken für keinen Simulanten. Uebrigens beträfen viele Fälle Potatoren und manches sei dem chronischen Alkoholismus zuzurechnen.

Herr Pollnow kennt den Mendel'schen Fall: Es handelt sich in der That um ein notorisch arbeitsscheues und trunksüchtiges Individuum, von dessen Eisenbahnunfall ausser ihm selbst sonst keiner etwas weißt.

Herr Mendel meint, dass die Thatsache des Trinkens doch noch nicht bewiese, dass der Mann jetzt simulire.

Herr Moeli: Natürlich können auch wohl schon vorher psychisch erkrankte Menschen einen Eisenbahnunfall ohne neue Beschädigung erleiden: so kenne er eine epileptische Geisteskranke, die nach dem neuerdings stattgefundenen Dortmunder Eisenbahnunfall keine Steigerung der pathologischen Erscheinungen zeige. Die öfter von den Kranken angegebenen Schwächezu-

stände, welche nur dann und wann zu Tage treten, könnten von zeitweilig vorhandenen Schmerzen bei willkürlichen oder passiven Bewegungen abhängen.

Herr Kronecker warnt, es bei Kraftproben für gleichgültig zu halten, ob ein Muskel gedehnt oder contrahirt sei. Es sei bekannt, dass ein bereits contrahirter Muskel mit geringerer Kraft gedehnt werden könne als ein nicht zusammengezogener.

Herr Remak macht auf die so oft und hartnäckig von derartigen Kranken betonten Rückenschmerzen ohne objectiven Befund aufmerksam. Diese Behauptung sei schon ein Zeichen psychischer Veränderung.

Herr Binswanger weist auf die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Dementia paralytica und Geistesstörung nach Eisenbahnunfall hin. Er fand bei einem paralytischen Heizer, der einen derartigen Unfall erlitten, keinerlei Verletzungen, aber die anatomischen Zeichen der Dementia paralytica. Er lehnte damals ein verantwortliches Urtheil ab.

Herr Bernhardt erinnert an die Bemerkung Obersteiner's über die chronischen Erschütterungen des Rückenmarkes, welche durch länger dauernde Einwirkungen geringerer Gewalten (z. B. bei Pferdebahnconducteuren) hervorgebracht werden können.

Der Vorsitzende: Es ist hier gesagt worden, dass die durch Eisenbahnunfälle gesetzten Verletzungen zur Dementia paralytica führen könnten. Das ist nicht festgestellt, ein Fall ist dafür nicht massgebend. Die Erfahrungen sind ziemlich junge, erst seit Emanation des Haftpflichtgesetzes wird genauer auf diese Dinge geachtet. Charakteristisch für die hier besprochenen Zustände sei eigentlich gerade das, dass sie keinen anderen, bekannten Krankheitsbildern genau entsprechen.

Herr Wernicke stimmt dieser letzten Ausführung bei.

Sitzung vom 10. Januar 1881.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als Guest anwesend:

Herr Stabsarzt Fröhlich.

Wiederwahl des Vorstandes per acclamat. für das Jahr 1881.

Hierauf hält Herr Senator den angekündigten Vortrag über einen Fall von Bulbärpoplexie mit gekreuzter Empfindungslähmung.

Herr S. berichtet unter Vorlegung von Zeichnungen und Präparaten über einen Fall von apoplectischer Bulbärlähmung bei einem Manne, wobei das wichtigste Symptom eine wechselseitige Empfindungslähmung (im Gesicht links, am Rumpf und den Extremitäten rechts) und eine eigenständige Störung der Sprache waren. Aus diesen und einigen anderen Symptomen wurde die Diagnose eines acut entstandenen Erweichungsherdes in der linken äusseren Hälfte der unteren und hinteren Partie des verlängerten Marks gestellt, welche die Section bestätigte. Es fand sich ein durch Thrombose bedingter Erweichungsherd hauptsächlich im Bereich des linken Corpus

restiforme. Der Vortragende bespricht im Anschluss daran ausführlich die Symptome und Diagnose der Krankheit. (Der Vortrag ist ausführlich in diesem Archiv, Bd. XI, Heft 3, veröffentlicht.)

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion antwortete Herr Senator auf eine Frage des Herrn Kronecker, wie es mit der Respiration resp. dem Lufthunger in dem vorliegenden Falle gewesen, dass außer den Erscheinungen senilen Emphysems nichts Auffälliges weiter bemerkt worden wäre.

Herr Remak betont die klinischen Unterschiede in den beiden eben besprochenen Fällen. Gemeinsam sei beiden die gekreuzte Hemianästhesie und das Abschneiden derselben (am Gesicht) am Unterkieferrande. Es fehlten aber bei seinem Kranken die Schlingbeschwerden, die Athemnoth und die vermehrte Pulsfrequenz; andererseits war eine neuroparalytische Keratitis vorhanden, und war das Facialisgebiet auf der linken Seite paretisch. Ferner bestand in R.'s Falle eine charakteristische Myose und eine typische Lähmung des rechten Cricoarytenoideus posticus. Diese partielle Lähmung spräche für eine partielle Kernerkrankung in der Med. oblongata.

Im Verlaufe der Discussion, an der sich noch außer den Herren Senator und Remak die Herren Moeli, Wernicke und Bernhardt beteiligen, setzt Herr Wernicke die anatomischen Verhältnisse der in Frage stehenden Region im verlängerten Mark auseinander.

Sitzung vom 14. März 1881.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als Gäste anwesend:

Herr Staatsrath Dr. Waldhauer aus Riga und

Herr Dr. Rehm aus Blankenburg a./H.

Herr Bernhardt stellt einen Fall von Hemiathetose bei einem 20jährigen Mädchen vor, dessen Hauptinteresse darin besteht, dass die Anfangs (vor jetzt drei Jahren) sich als Hemichorea posthemiplegica darstellende Affection allmälig im Laufe einiger Monate in eine Hemiathetose überging und als solche noch heute (nach 3 Jahren) in ganz derselben Weise wie zu Anfang fortbesteht. Es spricht demnach auch dieser Fall für die schon bei seiner ersten Publication (Virchow's Archiv Bd. 67) über diese Zustände vom Vortragenden geäusserte Ansicht, dass die Hemiathetose als eine Modification der Hemichorea aufzufassen sei.

Ausserdem stellt Herr Bernhardt zwei Kranke, eine 25jährige Frau und einen 27jährigen Mann vor, von denen die erstere an beiden Händen, der andere nur an der rechten Hand und den Fingern die von den Franzosen mit dem Namen asphyxie locale des extrémités belegten auffälligen vasomotorischen Erscheinungen zeigten.

(Die Fälle sind in diesem Heft p. 495 veröffentlicht.)

In der an diese Demonstrationen sich anschliessenden Discussion bemerkte Herr Blumenthal: Einen analogen Fall, der aber in seinem Verlauf merkwürdig genug gewesen, erlaube ich mir mitzutheilen. — Es handelt sich um einen 47jährigen Mann aus ganz gesunder Familie, in guten Verhältnissen lebend, der häufig an Migräne litt, sonst stets gesund, zumal nie syphilitisch war. Im Jahre 1869 entwickelte sich eine Ulceration über dem Lippensaum bis zum angrenzenden Theil der Oberlippenschleimhaut, welche von Wilm's u. A. als Lupus angesprochen wurde. Diese Ulceration durchwuchs den Bart, heilte, ohne Narben zu hinterlassen, an einzelnen Stellen, brach an anderen wieder auf und wich endlich dem Gebrauch von örtlichen Mitteln. Während der Abheilung nun traten täglich etwa 3—4 mal im Anfang die soeben von Herrn Bernhardt beschriebenen vasomotorischen Veränderungen an den Nagelgliedern der Finger und Zehen, an den Ohren, an der Nase, den Lippen und den Patellen auf, dieselben wurden blau, rosaroth, dunkelroth und endlich schneeweiss und eiskalt, um dann allmälig wieder die normale Farbe der Haut anzunehmen. Nach 5—6 monatlicher Dauer wurden auch die zweiten, dann die ersten Fingerglieder befallen, zugleich kamen hin und wieder Ohnmachten, und eine Härte stellte sich in den zuerst befallenen Partien ein, verbunden mit Unsicherheit der Tastempfindung und dauerndem Kältegefühl, so dass Patient die Finger, um sie zu erwärmen, an das Feuer hielte. Dabei war die Achsellöhletemperatur stets normal, die Pulsfrequenz desgleichen, ebenso die Beschaffenheit des Urins, wie die Verdauung. — Die Finger fühlten sich an wie Stearinkerzen.

Derselbe Process symmetrisch*) weiter kriechend, hatte beide oberen und unteren Extremitäten ergriffen, das Gesicht, den Rumpf, kurz den ganzen Körper. Dauer dieses Fortschreitens zwei Jahre. Gleichzeitig mit dieser allgemeinen Sclerodermie stellten sich an den jedes Mal befallenen Theilen profuse Schweiße derart ein, dass sämmtliche Bettstücke durchnässt waren, dass bei Tage auch die Wäsche gewechselt werden musste. — Dabei konnte Patient noch seinem Geschäfte nachgehen.

Allmälig färbten sich die indurirten Partien dunkler, gelblicher bis in's bronceartige, es schilferte selbst die Haut sich oberflächlich ab. Es traten sehr schmerzhafte Knötchen, die hart wie Exostosen waren, an symmetrischen Stellen der Scheitelbeine, der Clavic., der Spin. scap. auf, von Erbsen- bis Groschengrösse. Dies Stadium brauchte 2 Jahre zur vollen Entwicklung, es war die Zeit der Hautverhärtung. Nach und nach entstanden nun lebhafte Schmerzen in den Gelenken der Extremitäten, später auch der Wirbel, sie wurden schwer beweglich, so dass Patient nicht mehr im Stande war, allein zu essen, zu schreiben, sich anzukleiden. Hiermit zugleich verdünnte sich allgemach die Cutis und das Fettpolster so radical, dass die Haut stellenweise sehr leicht zu verschieben war, so auf dem Thorax und dem Unterleib, während

*) In zwei sonst noch von mir beobachteten Fällen von gleicher vasomotorischer Neurose war die Affection einseitig, einmal nur auf den linken Ringfinger, einmal nur auf die Finger der rechten Hand beschränkt.

sie an anderen Stellen wie aufgeleimt war, so an den Händen, Fingern, über den Gelenken, Scapul., Clavieula, Galea und Füßen. — Die Muskeln atrophirten, die Bewegungen wurden ausserordentlich schwach, wollte Patient sich setzen, so krümmte er sich wie im Bogen und liess sich rückwärts niederfallen. Die Hände standen in Abductionsstellung unbeweglich fest, die Kiefer öffneten sich nur wenig, die Zunge wurde eigenthümlich schmal und spitz, schien den Raum nicht mehr ganz auszufüllen. Das Schlingen wurde schwer, so dass schliesslich nur gewiegtes Fleisch und Flüssigkeiten den verengerten Schlund passiren konnten. — Puls, Atmung, Temperatur, Appetit, Defäcation waren normal, desgleichen der Urin.

Eine Pleuropneumonia inferior sinistra, bei der colossale Massen expectorirt wurden, endete endlich das Leben, nachdem Decubitus etc. aufgetreten war.

Was die Therapie bei dem Patienten, den ich auch mit Prof. Traube und Jos. Meyer behandelte, anbetrifft, so sind die vergeblichsten Anstrengungen von vornherein gemacht worden. Chinin in allen Dosen, Arg. nitr., Atropin, Belladonna, Arsenik, Jodkalium, Elektricität als Inductions- und constanter Strom (durch Moritz Meyer), pneumatisches Cabinet, — Kreuznach, Nenndorf, Gas- und Sprudelbäder in Nauheim, Teplitz —, Jodeisen, Sublimat, Moorumschläge etc. Alles ohne irgend welche Einwirkung auf den Verlauf. Die ganze Krankheit hatte 6 Jahre gedauert.

Herr Senator erwähnt, dass er öfter bei Kindern, die den von Benedict sogenannten Symptomencomplex der Hemiplegia spastica infantilis darboten, ähnliche Bewegungen wie bei der posthemiplegischen Chorea gesehen habe. In zwei Fällen seien von Zeit zu Zeit die unwillkürlich sich bewegenden Extremitäten tetanisch steif geworden.

Hierauf hält Herr Hirschberg einen Vortrag: Ueber reflectorische Pupillenstarre und genauere Messung der paralytischen Diplopie.

Mein Fall zeigt ein wichtiges Symptom in wahrhaft typischer Weise, nämlich die reflectorische Pupillenstarre.

Man versteht darunter bekanntlich den Zustand, dass die verengte Pupille auf Lichtreiz sich nicht zusammenzieht, wohl aber auf accommodative Impulse. Die Entdeckung dieses bei diffusen Leiden, besonders des Rückenmarks, nicht so seltenen Symptoms verdanken die Nervenärzte einem Ophthalmologen, einem guten Bekannten unseres Vorsitzenden, dem Herrn Argyll Robertson zu Edinburgh, der 1869 im Edinb. med. J. eine Notiz darüber veröffentlichte. Weitere Mittheilungen röhren her von Knappe, Leber und unserem Mitglied Wernicke. Hempel, ein Schüler Leber's, hat zuerst das häufigere Vorkommen dieses Symptoms bei Tabes dorsalis betont. Vincent hat dann unter Charcot's Inspiration 1877 in einer ausführlichen Thèse den Gegenstand erörtert. Aus 82 Fällen Charcot's betr. Tabes und progressive Paralyse folgt, dass im Beginn der Tabes die Myosis nicht beobachtet wird. In einem späteren Stadium ist die Myosis häufig und die Contraction der an sich verengten Pupille auf Lichteinfall aufgehoben. Etwa zehn Jahre nach dem Beginn sind die Pupillen unbeweglich, entweder erweitert oder ver-

engt oder von mittlerer Weite. Im Beginn der Paralyse sind die Pupillen ungleich und gehorchen dem Lichtwechsel weniger als der Accommodation.

Mit Bezug auf den ersten Satz Vincent's möchte ich hervorheben, dass Remak d. V. bereits 1864 (Berl. klin. Wochenschr. p. 396) die stecknadelkopfgrossen oder vielmehr -kleinen Pupillen als charakteristisch für die schlimmen Formen der von ihm sogenannten Tabes cervicalis hingestellt und hinzugefügt hat, dass, wenn man Pupillen derart sieht, die Veränderung immer sehr alten Datums ist.

Sodann möchte ich hinzufügen, dass Pupillen von jederseits $1\frac{1}{2}$ Mm. Weite nicht bloss bei solchen Erwachsenen vorkommen, die gar keine Erscheinungen von Tabes darbieten, — was uns ja hier nicht wesentlich interessirt, — sondern auch bei solchen, wo die Erscheinungen der Tabes erst im Beginn, die Krankheit erst so wenig vorgeschritten ist, dass zum mindesten die Patienten sich nicht für krank halten.

Ich zeige Ihnen hier eine Dame von 44 Jahren (V. XXXIX. No. 147), die lediglich deshalb zu mir kam, weil sie auf die engen Pupillen ihrer Augen aufmerksam gemacht worden, nicht weil sie irgendwie sich für krank hielt. Allerdings hat sie über Kopfschmerz zu klagen, namentlich in der letzten Zeit, nachdem sie binnen kurzem 8 Todesfälle in der Familie erlebte. Allerdings fehlt auch das Kniephänomen.

Die Pupillen sind kaum 2 Mm. weit, reagiren gar nicht auf Lichteinfall, erweitern sich aber sofort bei der Fernpunktseinstellung. Beiderseits besteht Atrophia n. optici, aber im ersten Beginn, so dass sie bei oberflächlicher Prüfung leicht übersehen werden könnte, zumal die ophthalmoskopische Untersuchung durch die engen Pupillen hindurch dem weniger Geübten schwer fallen dürfte. Der Sehnerv ist beiderseits grünlich-weisslich verfärbt. Das rechte Auge liest noch feinste Schrift, das linke noch gewöhnliche Druckschrift.

Die centrale S. ist rechts auf $\frac{1}{3}$, links auf $\frac{1}{6}$ reducirt.

Rechts ist das Gesichtsfeld und die Farbenperception normal, links ist der erste Beginn der Gesichtsfeldbeschränkung und der Farbenamblyopie (hauptsächlich für Grün) nachweisbar. Prognosis visionis infausta.

Eine sehr genaue Untersuchung der reflectorischen Pupillenstarre verdanken wir Erb. Unter 84 Fällen fand er

absolute reflectorische Starre . . .	59	Mal
relative " " . . .	12	"
Summa . . .	71,	

dagegen normale Lichtreaction 13 Mal. Er fand also die reflectorische Pupillenstarre 71 Mal oder in 84 pCt. Von diesen 71 Fällen waren mit ausgesprochener Myosis 37, mit normaler Weite der z. Th. differennten Pupillen 34 Fälle. Unter den 37 mit Myose waren drei mit Sehnervenatrophie. Das Symptom (der refl. Starre) kann zu den ersten Erscheinungen der Tabes gehören, in den ersten Monaten auftreten; kann aber auch nach 10 Jahren noch fehlen. Selten kommt es bei Individuen vor, die nicht an Tabes oder Paralyse leiden; nach Erb nie bei Gesunden; bei seniler Myosis ist Lichtreaction der Pupillen stets erhalten.

Zur Erklärung dieser reflectorischen Pupillenstarre nimmt Erb (in Ueber-einstimmung mit H e m p e l) an, dass der Theil des Reflexbogens zwischen Opticus und Oculomotorius, der zwischen Opticus- und Oculomotoriuskern liegt, eine Unterbrechung erlitten hat. Zur Erklärung der Myosis nimmt er eine Erkrankung des papillodilatirenden Centrum im Rückenmark oder der davon abgehenden Fasern an. Uebrigens fehlt unter den genannten Umständen auch die reflectorische Erweiterung der Pupillen auf Hautreize, so dass man von einem Fehlen der Pupillenreflexe schlechtweg reden könnte.

Müller in Graz hat bei 17 darauf untersuchten Fällen die reflectorische Pupillenstarre nur 3 Mal vermisst.

Weiss in Wien macht ausdrücklich darauf aufmerksam, dass sie in der Tabes auch bei normaler Pupillenweite vorkommt.

Hughlings Jackson, der sich auf 19 Fälle von Ataxie stützt, hält die reflectorische Pupillenstarre, übrigens zusammen mit Myosis, für eines der allerfrühesten Symptome; er fügt nur hinzu, dass die Patienten deshalb eben den Arzt nicht consultiren.

Wenn ich noch schliesslich hervorhebe, dass unser College Mendel Myose in 18 pCt. der Fälle von progressiver Paralyse beobachtet hat, so glaube ich die hauptsächlichsten ziffermässigen Mittheilungen über diesen Gegenstand aus dem letzten Jahr berührt zu haben.]

Auf eine Thatsache, die ich bei den erwähnten Autoren nicht angemerkt finde, möchte ich noch gelegentlich aufmerksam machen: das vollständige Symptom der Myose mit reflectorischer Pupillenstarre kann bei Tabes vorkommen neben doppelseitiger Oculomotoriusparese.

Am 2. Mai 1879 kam in meine Behandlung ein 59jähriger Kaufmann (V. XXXII No. 737). Seit Kindheit war derselbe schwerhörig, seit einiger Zeit leidet er an Reissen in den Gliedern und an Sehstörung. Die genauere Prüfung ergab einige Schwäche in den unteren Extremitäten, die ihm auch immer kalt vorkommen, und das Fehlen des Kniephänomens. Das rechte Auge las noch feinste Schrift, zeigte aber schon deutliche concentrische Gesichtsfeldbeschränkung. Das linke Auge hatte ein ganz enges Gesichtsfeld, dessen Grenze von unten und von innen her den Fixirpunkt fast berührte, und konnte die Zahl der etwas nach oben gehaltenen Finger nur auf 4—5' Entfernung erkennen ($S = \frac{1}{50}$). Der Sehnerv war beiderseits atrophisch. Das linke Auge wurde zur Vermeidung der Diplopie meist zugekniffen.

Dies Auge stand in Divergenzstellung und konnte nicht gehörig adducirt werden. Mangelhafte Adduction trat später auch auf dem rechten Auge her vor. Von vorn herein bestand exquisite Myosis mit vollständiger lichtreflectorischer Pupillenstarre, während beim Blick in die Ferne die Pupillen sofort weiter wurden.

Das Sehervenleiden nahm in der gewöhnlichen traurigen und unaufhaltsamen Weise zu, so dass Ende des Jahres auch das bessere Auge in dem auf weniger als 10° verengten GF nur die Finger auf wenige Fuss zu zählen vermochte, während das andere erblindet war. März 1880 war beiderseits vollständige Amaurose vorhanden. Die Myose und reflectorische Pupillen-

starre blieben unverändert. Neue Krankheitserscheinungen traten nicht auf. Als nach mehrmonatlichem Warten auch der Patient die trostlose Ueberzeugung von der Unheilbarkeit seines Uebels gewonnen, kam er nicht weiter zu mir, so dass ich, wie häufig in solchen Fällen, über das Endresultat nichts angeben kann.

Der Fall, den ich Ihnen eigentlich demonstriren möchte, betrifft einen 36jährigen Mann, der am 17. Januar 1881 in meine Beahandlung trat wegen Doppelsehen.

Er concedirte ein Ulc. genit. vor 14 Jahren acquirirt zu haben, will aber darnach frei von allen Secundärerscheinungen gewesen sein. Er hat gesunde Kinder, seine Frau hat einmal im 7. Monat abortirt.

Seit 9 Jahren leidet er an sogenannten rheumatischen Gliederschmerzen, wozu 1876 Stirnkopfschmerz trat, der seit 2 Jahren und namentlich jetzt — besonders in der Nacht heftig ist. — Er schiebt diese Kopfschmerzen auf seine Arbeit, Abdrehen der Bleimäntel von Geschossen, hat aber sonst keine Erscheinungen von Bleivergiftung gezeigt.

Seit 2 Jahren bemerkt er Gefühllosigkeit in der rechten Gesichtshälfte, Doppelsehen seit November 1880.

Die Untersuchung zeigte, dass das Kniephänomen fehlt, dass beiderseits die Sehkraft und der Augenspiegelbefund normal ist. Dagegen besteht eine Gefühlslähmung der rechten Gesichtshälfte incl. der Zunge und Oberfläche des Augapfels. Die Bindeglieder sind ziemlich, die Hornhaut nicht ganz unempfindlich. Ausser dem rechten Trigeminus ist auch der rechte Oculomotorius paratisch. Das rechte Auge schielt nach aussen und kann nicht vollständig adducirt werden. Auch die Diplopie entspricht einer Parese des rechten Rectus internus. Für die Primärstellung auf 1 Meter Entfernung betrug die Divergenz resp. der Abstand der gekreuzten Doppelbilder ungefähr 20° , nahm auf 16° ab, wenn das Object in horizontaler Bahn um 20° nach rechts verschoben wurde und ein wenig zu, wenn das Object nach links verschoben wurde. (Vergl. Tab. I.)

Albrecht. Kl. J. XIII. 2616.

No. I.

Paresis rect. int. oc. dextr. — Prüfung auf 1 Meter Entfernung.

	— 20	0	+ 20	
+ XX 0)	— 22, + 2	— 25, + 5	— 18,0	+ XX 0)
— XX	— 22,0	— 21, + 2	— 16, — 4°	— XX
	— 25, — 6	— 25, — 6	— 20, — 7	
	— 20	0	+ 20	

Die übrigen Aeste des Oculomotorius waren weniger betheiligt an der Lähmung. Die Pupille auf dem gelähmten rechten Auge war enger als die linke, im Verhältniss von 2 : 3 Mm., und auf Lichteinfall nicht reagirend, während sie sich bei Fernpunktseinstellung deutlich erweiterte.

Eine Exclusionsbrille und grosse Dosen Jodkali wurden gegeben, aber die Kopfschmerzen liessen nicht nach, die Pupillendifferenz wurde deutlicher.

Am 22. Februar 1881 wurde folgender Status erhoben.

Beim Fernsehen erweitert sich die rechte, sonst sehr enge (etwa 1,5 bis 2 Mm.) messende Pupille plötzlich und energisch auf etwa 3,5 Mm., also auf das Doppelte; während gleichzeitig die linke Pupille 5 Mm. misst. Beim Nahsehen schnurrt die rechte Pupille sofort auf 2 Mm. zusammen, die linke verengt sich dabei nur wenig, auf 4 Mm. Auf Lichteinfall sind beide Pupillen fast unbeweglich. Das rechte Auge, mit der engen Pupille, hat normale Accommodationsbreite, das linke mit der weiten zeigt Accommodationsparese.

(Rechts Sn XX in 15', mit $-\frac{1}{40}$ " besser.

Sn $1\frac{1}{2}$ von 4—16". Leichte Mac. corn.

Links Sn XX : 15', mit $\pm \frac{1}{40}$ " schlechter

Sn $1\frac{1}{2}$ von 13—18".

Mit $+\frac{1}{20}$ " Sn $1\frac{1}{2}$ in 7". (Dieses Glas drückt etwa den Defect an Accommodation aus.)

Rechts besteht leichte Ptosis, mässiger Beweglichkeitsdefect nach innen, geringer nach oben.

Eine kräftige Frictionscur wurde eingeleitet, Ende Februar hatte mit Eintritt des Ptyalismus die Divergenz des rechten Auges erheblich abgenommen, so dass für die Primärlage fast Einfachsehen vorhanden war. (0°, 0°: 0, $+\frac{2}{2}$ °. Vergl. Tabelle II.)

Albrecht. No. II. 2. März 1881.

	— 20	0	+ 20	
+ XX	0	0	0	+ XX
0	0, $+\frac{4}{2}$ °	0, $+\frac{2}{2}$ °	$-\frac{4}{2}, +\frac{3}{2}$	0
— XX	$-\frac{20}{2}, +\frac{15}{2}$	$-\frac{2}{2}, +\frac{4}{2}$	$-\frac{3}{2} + \frac{3}{2}$	— XX
	— 20	0	+ 20	

Aber gleichzeitig hatte die Accommodationsparese des linken Auges zugenommen, fast auf das Doppelte, so dass jetzt nur mit $+\frac{1}{10}$ " Sn $1\frac{1}{2}$ bis 7 Zoll heran gelesen werden konnte. Zudem war nunmehr auch links eine Beweglichkeitsbeschränkung nach innen zu bemerken.

Jetzt können die Augen auf ein etwas 12" entferntes Object in medianer Stellung convergirt werden, aber nicht andauernd, und sowie man ein Auge zudeckt, tritt starke Divergenz ein. Diese ist beim Betrachten fernerer Objecte leicht von vorn herein vorhanden, doch kann zeitweise binoculare Fixation erzwungen werden. Sowie aber das Auge ermüdet, tritt dann eine beträchtliche Divergenz hervor. Dem entspricht genau das Resultat der Doppelbilderprüfung. (Vergl. Tab. III.)

Über den Sitz und die Natur des Leidens möchte ich Ihre Ansicht erfahren. Ich glaube, dass der Fall zu der Gruppe der Tabes gerechnet werden

kann, und dass die Veränderung der Hinterstränge etwa bis zur Medulla oblongata emporgeschritten sein mag.

Albrecht. No. III. 11. März 1881.

	- 20	0	+ 20
0	+ 4, + 4 - 25, + 10	0, + 2 - 35 + 5	- 0,0 - 35, + 4°

N.B. Die oberen Zahlen gelten für das ausgeruhete, die unteren für das ermüdete Auge.

M.H. Ich benutze die Gelegenheit, um in der Gesellschaft von Nervenärzten, die ja so zu sagen täglich mit Augenmuskellähmungen zu thun haben, auf eine genauere Methode zur Messung der paralytischen Diplopie aufmerksam zu machen, die allerdings bei Geisteskranken und bei Amblyopischen keine Anwendung findet, sonst aber sehr lehnend ist.

Die Grundlage zu solchen Messungen ist bekanntermassen in Albrecht von Graefe's klassischer Abhandlung über die Paralyse des Trochlearis enthalten (A. f. Ophth. 1854) und Jedem von Ihnen bekannt. Einem Auge des Patienten wird ein rothes Glas vorgehalten; während beide Augengeöffnet sind, muss der Patient eine Kerzenflamme stetig fixiren und die entsprechenden Lagen der beiden subjectiven Flammenbilder angeben, und zwar für verschiedene Stellungen des Objectes im Blickfelde. Ich habe eine Winkelgradtheilung der Blickfeldkugel von 1 Meter Radius eingeführt und die Winkeltheilung auf eine Art von Landkarte*) projicirt und einige Hunderte von derartigen Messungen, theils bei Lähmungen, theils bei gewöhnlichem Schielen vor und nach der Operation ausgeführt. Man erhält so ein bestimmtes Ergebniss in Winkelgraden und hat die Möglichkeit, von demselben Fall verschiedene Phasen der Erkrankung sowie auch verschiedene Fälle der gleichen Erkrankung exact und numerisch mit einander zu vergleichen.

Man kann auf diese Weise die geringsten Grade von Paresen eines Augenmuskels genau feststellen und eine sichere Diagnose gewinnen. Man kann so die Ergebnisse der Behandlung z. B. mit dem elektrischen Strom (exakter als dies meistens bisher geschehen ist) controliren.

Man kann in geeigneten Fällen das die zurückbleibende Diplopie ausgleichende Prisma sofort ablesen. Man kann bei der Simulation einseitiger Amaurose den Beweis der Simulation zahlenmässig auch dem Laien zur Ueberzeugung bringen. Kurz, man hat eine quantitative Bestimmung des Schielgrades bei paralytischer (und strabotischer) Diplopie, die ich Ihnen auf Grund reicher Erfahrungen bestens empfehlen kann.

*) Zu beziehen von P. Dörrfel, Berlin, 46 Unter den Linden.

In der sich anschliessenden Discussion bemerkte Herr Westphal, dass die Irrenärzte schon lange von der ausbleibenden Reaction auf Licht bei den Pupillen der Paralytiker Kenntniß hatten, während die Verhältnisse bei der Accommodation weniger bekannt waren.

Herr Senator betont die Ansicht Rähmann's, dass bei Tabes die oculopupillären Fasern im Halsmark gelähmt seien und der N. oculomotorius das Uebergewicht habe.

Nach Hirschberg hat man zwei verschiedene Leitungsunterbrechungen anzunehmen: Myose komme durch Lähmung der die pupillodilatatorischen Fasern enthaltenden Centren zu Stande, die reflectorische Starre deute auf eine Leitungsunterbrechung zwischen den Kernen des Nerv. opticus und oculomotorius.

Herr Remak betont das Vorkommen der reflectorischen Starre auch bei weiten Pupillen Tabischer. Bei engen Pupillen sei die Beobachtung schwierig.

Herr Westphal: Auch an sich schon stark myotische Pupillen könne man bei Hervorrufung von Convergenzstellung und Accommodationstätigkeit der Augen noch enger werden sehen.

Hierauf trägt Herr Westphal einen Fall scheinbarer Reflexpsychose vor:

Am 14. Mai 1880 wurde der 34jährige Arbeiter G. Möller wegen eines Selbstmordversuches in die Irrenabtheilung der Charité aufgenommen. Seine Frau machte über ihn folgende Angaben: Bis vor zwei Jahren war er ganz gesund, hat früher getrunken, in letzter Zeit wenig, in den letzten acht Wochen gar nicht. Im August 1878 wurde er von einem herabfallenden Mauerstein über dem linken Auge getroffen und lag drei Wochen wegen der über der Augenbraue erhaltenen Verletzung im Krankenhouse. Seit dieser Zeit hatte er bei Druck auf die Haut der betr. Stelle Schmerzen, die durch den Kopf strahlten, auch war ihm die Kopfhaut wie taub. Er klagte häufig über Kopfschmerzen und war immer etwas erregt. Er brauchte deshalb 5 Wochen lang eine Kaltwassercur. Der behandelnde Arzt bemerkte schon, dass er bisweilen stotterte und dass er sehr abmagerte. Vierzehn Tage vor seiner Aufnahme wurde er unruhiger und ängstlicher, ohne rechte Gründe dafür anzugeben, schrie, wollte aus dem Fenster heraus u. s. w. Am Tage vor der Aufnahme war die Frau einmal fortgegangen; während dieser Zeit schickte er die Person, welche ihn beaufsichtigen sollte, heraus und hing sich vermittelst eines dicken Bindfadens an einem Nagel hinter der Thür auf. Die Frau kam noch zeitig genug zurück, um ihn herunter zu nehmen. Diese Angaben der Frau wurden vom Patienten in der kurzen Zeit, in welcher er besinnlich war, im Wesentlichen bestätigt. Specieller giebt er noch an, dass er die Cur wegen Brennens im Kopfe gebraucht, er sei dabei immer sehr ängstlich gewesen, habe sich auf den Kopf geklopft und sei aufgeregzt im Zimmer hin und her gerannt. Er habe jetzt noch das brennende Gefühl im Kopfe, hin und wieder fühle er Stiche durch den

ganzen Kopf. Im April habe er zuweilen viele Stimmen gehört, doch habe er die einzelnen nicht verstehen können; auch habe er in seiner ganzen Seite ein Gefühl gehabt, als ob eine Maschine ratterte. Er sei dabei sehr ängstlich gewesen und einen bestimmten Gedanken nicht losgeworden. Seit dieser Zeit sei er auch sehr vergesslich. Bisweilen sei er auch durch die Strassen gelaufen und habe gerufen: „jetzt kommen sie“, ohne zu wissen, was er sage. Seit etwa sechs Wochen könne er nicht gut sprechen, er glaube, er stottere und stösse mit der Zunge an. Auch Schwindelzustände scheint er gehabt zu haben (?). Seit einem halben Jahre starke Abmagerung, Mattigkeit, Zittern, Ausgehen der Haare, Appetitlosigkeit; Stuhlgang nicht retardirt. Im Jahre 1870 sei er syphilitisch inficirt gewesen, angeblich ohne secundäre Erscheinungen. Seit 1871 verheirathet, zwei gesunde Kinder. — Einen eigentlichen Grund, sich das Leben nehmen zu wollen, habe er nicht gehabt; die Frau habe nur für einen Augenblick das Zimmer verlassen, diesen habe er, von allzugrosser Angst getrieben, benutzt.

Status praesens. Kräftig gebauter Mann, mässige Ernährung, gute Muskulatur, Haarwuchs spärlich. Pupillen eng, gleichweit, etwas träge reagirend, Zunge gerade herausgestreckt, zitternd. Beim Sprechen auffälliges Zittern und hier und da leichtes paralytisches Anstossen. Ueber dem linken Auge etwa in der Mitte der Augenbraue beginnend und senkrecht nach aufwärts steigend eine 1,5 Ctm. lange, sehr schmale Narbe, welche über den darunter liegenden Theilen verschiebbar ist. Druck auf die Narbe soll einen durch den Kopf ausstrahlenden Schmerz verursachen, auch Druck auf die Kopfhaut schmerhaft sein. An dem Halse eine flache Strangmarke, nach hinten in die Höhe laufend. — Gang vielleicht etwas unsicher, Kniephänomen eher etwas gesteigert, keine Ataxie, grobe Kraft gut; keine Sensibilitätsstörung. Die Bewegungen des Patienten sind ausserordentlich hastig und zittert er dabei, auch die Beine zittern beim Stehen. Puls sehr beschleunigt, 120, Temperatur dem Gefühl nach nicht erhöht, Gesicht eher blass.

Der psychische Zustand war wesentlich charakterisiert durch enorme Angst mit heftiger Agitation und allgemeiner Verwirrtheit einerseits und zeitweisen kurzen Remissionen andererseits, in denen er ein Bewusstsein von seinem Aufenthalte auf der Klinik hatte (und die anamnestischen Angaben machte), die aber zuletzt ganz schwanden. Er sitzt da mit dem Ausdrucke schrecklicher Angst und Verwirrtheit, reibt heftig mit den Händen auf den Knien, fährt sich durch das Haar, greift sich namentlich häufig hastig an den Hals, macht unruhige Bewegungen mit dem ganzen Körper, besonders mit der rechten Hand, als ob er etwas vom Boden schöpfe und sich über den Kopf giessen wolle. Den ihn Anredenden blickt er stier an, bleibt stumm bei allen Fragen, spricht auch nicht spontan. Andere Male läuft er angstvoll herum, an mehreren Tagen (24.—27. Mai) wurde dabei stundenlanges Herumdrehen und Laufen in grösserem oder kleinerem Kreise von links nach rechts beobachtet, Rumpf hängt etwas nach links, Hand häufig an der Kehle. Aufgefordert, die Bewegungen zu unterbrechen, leistet er nicht Folge, stösst den Redenden mit dem Ausdrucke der höchsten Angst von sich; verhindert man ihn, die

Bewegungen zu machen, so steigert sich die Angst und er fängt laut an zu stöhnen.

Die Stummheit wechselt oft mit dem Herausstossen einzelner zusammenhangsloser Sätze, z. B.: „nun stelle ich mich an's Fenster und stelle mich hin, bis der Pfaffe kommt. Denken Sie sich, wie kann man so dumm sein. Ich stehe immer noch an dem Beichtkasten und sehe, wie sie alle herunterkommen“. — — „Ach Herr Jeses, warum habe ich duseliges Luder, die drei Stücken Fleisch genommen. Ist mir so was in meinem Leben vorgekommen! Die Stulle liegt ja da“. — „Ich duseliges Luder, ich weiss nicht, warum Sie mich da vergiften wollen, Sie haben mich eben mit dem Fleisch vergiftet und ich, duseliges Luder, nehme das!“ (Dazwischen scheint er sehr wohl zu wissen, wo er sich befindet). An einem Tage sprach er Alles nach, was vor seinem Bette gesprochen wurde und was er aus anderen Theilen des Saales her hörte, ausserdem machte er Bemerkungen über jeden Vorgang, der in seiner Nähe stattfand, z. B. „der Doctor steht am Bette und sagt: nicht wahr? Jetzt dreht er sich um und lehnt sich an's Bett, jetzt kommt ein Wärter vorbei, jetzt wieder einer, jetzt wird gehustet“. Gefragt, warum sprechen Sie Alles nach? erwiederte er: „ich bin gezwungen dazu, weil ich mit hellen Augen sehe“. — Wer zwingt Sie dazu? — „Wer mich zwingt, dass ich Alles machen muss, der deutsche Kaiser“. — Woher wissen Sie das? — „Weil ich beim Kaiser vorgeführt bin“. — Wann denn? — „Das weiss ich nicht; der Kaiser sass ohne Kopf und die Kaiserin sass da und weinte“. Haben Sie denn das geträumt? — „I bewahre, das wird mir ja vorgesagt; ich höre die Stimme meines Doctors“ u. s. w. Nach der Verletzung gefragt, macht er dazwischen richtige Angaben.

In ähnlicher Weise dauerte der Zustand fort bei fast vollständiger Schlaflosigkeit und mangelhafter Nahrungsaufnahme. Da Patient an einer oberflächlichen Verletzung auf der Höhe des Scheitels fortwährend rieb, vergrösserte sich die Wunde und bedeckte sich mit einem Schorfe. Am 28. wurde derselbe abgetragen; darunter reichliche Eiterung, 3 Ctm. grosser Defect der Haut und Galea, Periost erhalten.

Behandelt wurde Patient anfangs mit Hyosciamininjectionen, ohne Erfolg; Chloral mit Morphium, und Chloral p. Clysma schienen zuweilen etwas Ruhe zu schaffen. Am 29. Mai erhielt er, da die Unruhe wieder einen enormen Grad erreicht hatte, eine hydropathische Einwicklung, wonach er sehr bald ruhig wurde. Die Wunde sah gut aus.

In der Nacht vom 29. zum 30. Mai wieder sehr unruhig, isolirt, läuft fast die ganze Nacht umher und legte sich nur kurzer Zeit nieder.

Am 30. Mai früh wieder Einwicklung, die gegen Mittag gewechselt wird. Wird danach ruhiger und schwitzt stark. Gegen $3\frac{3}{4}$ Uhr plötzlicher Tod.

Autopsie.

Leiche von grosser Statur, gut genährt, mit kräftiger Muskulatur. Abdomen leicht eingesunken. Die Lungen zeigen im Unterlappen leichte Hypo-

stase, sehr starkes Oedem. Herz entspricht der Grösse der Hand. Auf der rechten Seite die Substanz blass. Der linke Ventrikel leicht dilatirt. Aortenklappen zeigen eine leichte, aber glatte Verdickung an der Schliessungslinie. Substanz hier sehr blass, durch die stark vorgesetzte Fäulniss. Endocard ödematos. Die intacte Intima aortae stark mit Hämatin imbibirt. Halsorgane intact.

Kopfhaut zeigt in der Höhe des Scheitels einen bis auf das Schädeldach reichenden Substanzverlust von 7 Ctm. Länge und 4 Ctm. Breite. Dieser Substanzverlust zeigt gut granulirende Ränder. Auch der Grund ist von gutem Aussehen. Die Wunde enthält sehr wenig Secret. Unmittelbar oberhalb der linken Augenbraue liegt ein blassbläulichrother Fleck von der Grösse eines 50-Pfennigstückes mit diffuser Umgrenzung und leichter Schwellung der Haut. Bei genauer Untersuchung zeigen die Kopfhaut und auch die umliegenden Weichtheile in der Umgebung des oben erwähnten Substanzverlustes eine ziemlich starke Schwellung, namentlich im vorderen Umfang der Wunde, wo eine leichte Unterminirung zwischen Haut und den tieferen Fascien sich entwickelt hat, und leichte Eiterinfiltration von gutem Aussehen. Diese Wunde liegt gerade oberhalb der Stelle, wo die Sagittal- mit der Coronarnaht zusammenfliesst. Hier ist das Schädeldach mit einer blassröthlichbraunen, weissen Exsudatmasse bedeckt, welche das Periost an dieser Stelle durchsetzt hat. An der entsprechenden Stelle der inneren Oberfläche findet sich ebenfalls eine dünne Exsudatschicht von hellrother Farbe, sehr dichtem Gefüge, etwas weich, ungefähr von 1 Mm. Dicke. Im Uebrigen zeigt das Schädeldach, das ziemlich schwer und von mittlerer Grösse mit erhaltenen Nähten ist, keine Veränderung.

Der N. frontalis sin. ist in seinem Hauptstamme intact, ebenfalls das periorbitale Fettgewebe. Der N. supraorbitalis sin. liegt in einem lockeren, narbig indurirten Gewebe, unterhalb der oben erwähnten, bläulich verfärbten Stelle der Stirnhaut. Dieses Gewebe ist sehr blass, etwas feucht.

Der Nervenstamm zeigt hier eine spindelförmige Anschwellung in Grösse einer kleinen Erbse. Die kleineren Verzweigungen sind in dem Narbengewebe nicht genau zu erkennen. Der dicht nebenan liegende N. supratrochlearis ist intact, zeigt eine leichte Röthung.

Gehirn ist sehr weich. Die Pia zeigt besonders im Umfang des Stirnlappens eine starke milchige Trübung, die besonders im Umfang der Sulci des Stirnlappens sich erstreckt. Beim Versuch die Pia abzuziehen, bleibt die allerdings durch Fäulniss sehr weiche Hirnsubstanz in breiten Fetzen daran haften, und zwar besonders im Umfang beider Stirnhälften. Herderkrankungen makroskopisch weder in der Hirn- noch Rückenmarksubstanz zu sehen. Milz 13,5; 8,5; 3,2 Ctm. An dem oberen Ende sitzt eine Nebenmilz 5 Ctm. lang, 2,5 Ctm. breit, 2,0 Ctm. dick. Gewebe der Milz von gutem Aussehen, dunkel-ziegelrothe Follikel ziemlich gross in mässiger Anzahl. Linke Niere mit dicker Fettkapsel, sehr gross, ebenso die rechte, beide intact. Leber intact.

Das Rückenmark, welches makroskopisch intact schien, zeigte mikroskopisch eine chronische Myelitis der Pyramidenseitenstrangbahnen (Fettkörnchenzellen u. s. w.).

Die Auffassung des Krankheitsfalls während des Lebens bot in so fern Schwierigkeit, als einerseits der Gedanke, es möchte sich um eine sogenannte Reflexpsychose handeln, nach den Daten der Anamnese kaum von der Hand zu weisen war, andererseits gewisse Symptome, vor Allem die Sprachstörung, auf Paralyse hinzuweisen schienen.

Der anatomische Befund der Hirnhäute, vor Allem aber der Befund in den Seitensträngen des Rückenmarks, lässt nicht daran zweifeln, dass es sich um Paralyse gehandelt habe. Soll man sich nun vorstellen, dass auf reflektorischem Wege durch einen von dem traumatischen Neurom des N. supraorbitalis ausgehenden Reiz sich der Prozess der Paralyse entwickelt habe? Nichts berechtigt bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse zu einer solchen Annahme. Eher könnte man die Erschütterung, welche das Gehirn durch den Fall des Mauersteins möglicherweise erlitten, als Ausgangspunkt der Krankheit anzusehen geneigt sein. (Eine Fortpflanzung der Neuritis auf das Gehirn wird man wohl nicht beschuldigen wollen.) Der Fall lehrt, wie vorsichtig man in der Annahme von Reflex-Psychosen sein soll; wenn irgendwo, so schien die Annahme einer solchen im vorliegenden Falle mit Berücksichtigung der in der Anamnese und im Status praesens gegebenen Thatsachen gerechtfertigt: seit dem Trauma Druck auf die Narbe schmerhaft, Kopfschmerzen, Erregtheit, dann zunehmende Angst, Sensation von Brennen u. s. w. im Kopfe, bis zum Ausbruche der Geistesstörung — und dennoch handelte es sich offenbar um eine paralytische Geistesstörung, deren Zusammenfallen mit den genannten, mit der Narbe in Zusammenhang stehenden Erscheinungen, als ein zufälliges betrachtet werden muss.

Bei der Kritik der als Reflexpsychosen beschriebenen Fälle dürfte also auch das Moment des Zufalls nicht ausser Acht zu lassen und mehr zu berücksichtigen sein als bisher geschehen zu sein scheint.

Der Vortragende erinnert sich nur einmal einen reinen und unkomplizierten Fall wirklicher und unzweifelhafter Reflexpsychose gesehen zu haben: er betraf eine Frau, der von dem verstorbenen Wilms in einen Karbunkel am Nacken ein tiefer Kreuzschnitt gemacht wurde; in dem Augenblicke des Schnittes trat Tobsucht und vollständige Verwirrtheit ein, die Wochen lang bestanden, worauf dann vollständige Heilung erfolgte. Die Frau hatte bereits vor 20 Jahren einmal einen Anfall von Tobsucht gehabt; in der Zwischenzeit war sie gesund gewesen, war aber von sehr lebhaftem und erregbarem Temperament. Hier war es offenbar ein acuter Schmerz, welcher eine psychische Störung im Gefolge hatte, und man könnte sogar noch Anstand nehmen, den Fall in die Reflexpsychosen in dem von den Autoren gemeinten Sinn einzureihen.

Noch eine Bemerkung sei in Bezug auf die bei dem Kranken Möller geschilderten psychischen Symptome gestattet. Sie hatten in ihrer Gesamtheit grosse Aehnlichkeit mit dem sogenannten Delirium acutum, und die Form der Erkrankung hätte, falls man bloss die psychischen Erscheinungen in's Auge fasste, in der That als Delirium acutum bezeichnet werden müssen; dabei sind noch die zeitweisen, wenngleich kurzen Remissionen, mit einem gewissen Krankheitsbewusstsein, bemerkenswerth. Dass manche der als Delirium acutum beschriebenen Fälle in der That verkannte Paralysen waren, hält der Vortragende für unzweifelhaft, und ist auch schon von anderer Seite darauf hingewiesen worden.
