

XIV.

Berliner

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. Januar 1883.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Vorstand und Aufnahmecommission werden per acclamationem für das Jahr 1883 wiedergewählt.

Herr Remak demonstriert das von Edelmann in München construirte, bereits von v. Ziemssen (D. Arch. f. klin. Med. 30. Bd. 1882) beschriebene grössere absolute Einheitsgalvanometer, welches vor anderen sogenannten absoluten Galvanometern dadurch ausgezeichnet ist, dass je nach der Einstellung von am Fussbrett des Horizontalgalvanometers befindlichen Schrauben jeder Theilstrich der zehntheiligen Skala nach Belieben ein Zehntel, einen, zehn. oder 100 Milliampère (Millimeter) repräsentirt. Es wird dadurch dem schon mehrfach vom Vortragenden (D. Arch. f. klin. Med. 18. Bd. 1876 und Centralbl. für Nervenheilk. etc. 1880) urgirten Desiderat einer abstufbaren Empfindlichkeit zu verschiedenen Untersuchungszwecken, welches das Erb'sche Verticalgalvanometer bereits befriedigte, nun auch an einem absoluten Messapparate genügt. Obgleich nun das Instrument sich durch schnelle Dämpfung der bei guter Aufstellung nach beiden Seiten absolut gleichen Nadelausschläge empfiehlt, glaubt der Vortragende es, abgesehen von sehr feinen Untersuchungs- und Behandlungszwecken, z. B. am Acusticus, wo es durch die Möglichkeit auch Theile eines Milliampère zu messen, bisher Unerreichtes leistet, für den täglichen practischen Gebrauch vorläufig nicht empfehlen zu können, weil es eine allzu vorsichtige Handhabung beansprucht, wie sich dies auch während der Demonstration durch Versagen des Apparats geltend machte. Dagegen hat der Besitzer eines solchen exacten Apparats den Vortheil, sich durch empirische Vergleichung eine Tabelle über die den absoluten Stromwerthen entsprechenden Nadelausschläge seines Verticalgalvanometers (am Erb'schen je nach den Widerstandseinschaltungen) anfertigen zu können, welche aber, was besonders zu betonen ist, nur bei ganz unverrückter Aufstellung des Vertical-

gälvanometers ihre Gültigkeit behält, immer aber zuverlässiger ist, als früher durch Rechnung u. A. auch von ihm (Centralbl. f. Nervenheilk. 1880, S. 236) hergestellte Tabellen.

Unter den angeführten Cautelen glaubt der Vortragende gegenüber v. Ziemssen auf Grund mehrjähriger Erfahrungen an der Verwendbarkeit des Erb'schen Verticalgalvanometers zu unter sich vergleichbaren und unter Zuhilfenahme einer Tabelle auch nahezu absoluten Messungen festhalten zu können.

Herr Bernhardt betont in der Discussion gleichfalls die Sorgfalt, die man bei der Handhabung des Edelmann'schen Galvanometers nicht ausser Acht zu lassen habe; er habe, wie er es anderen Orts schon angedeutet (Centralbl. f. Nervenheilk. 1880, No. 9), sich eine Vergleichstabelle oder Werthe des Erb'schen Verticalgalvanometers und eines absoluten Edelmann'schen angelegt und Schwankungen dieser Werthe bei den einzelnen, übrigens noch fortzusetzenden Versuchen gefunden.

Hierauf hielt Herr Mendel unter Demonstration entsprechender Präparate den angekündigten Vortrag über das „solitäre Bündel“.

Die neuerdings aufgestellte Behauptung Pierret's, dass die vasomotorischen und trophischen Störungen bei der Tabes von einer Affection des sogenannten solitären Bündels herrühren, veranlasste den Vortragenden zu neuen Untersuchungen über jenes Bündel. Pierret meint, dass dasselbe aus dem Tract. intermed. lateral. stamme, dem Vagus, den Glossopharyngeus Fasern abgehe und endlich in den N. intermed. Wisbergii auftrete.

Dem gegenüber fand der Vortragende folgenden Verlauf an frontalen, horizontalen und sagittalen Schnitten der betreffenden Gegend beim Menschen, Affen und Hunde.

Deutlich lässt sich das betreffende Bündel zuerst in der Höhe des zweiten Cervicalnerven erkennen; es liegt dort, in mehrere Bündel gespalten, in geringer Entfernung vom Centralcanal, eingeschlossen in den Seitenhörnern, weiter oben ein wenig nach aussen und hinten vom Hypoglossuskern. Allmälig immer nach aussen und hinten verlaufend, gelangt es an den äusseren Rand des Vaguskerns. In Frontalschnitten sieht man nun am vorderen Ende des Vaguskerns das Bündel sich ungemein schnell verjüngen; an Sagittalschnitten erkennt man, wie die Fasern unter einem nach vorn leicht convexen Bogen in die graue Masse des Glossopharyngeuskerns eindringen. Nirgends konnte ich mit Sicherheit feststellen, dass Fasern aus diesem Bündel, wie behauptet worden, mit dem Accessorius, dem Vagus, oder gar auch oberhalb des Glossopharyngeus liegenden Nerven etwas zu thun haben; es scheint im Wesentlichen eine aufsteigende Wurzel des Glossopharyngeus zu sein.

Am inneren Rande der Subst. gelatinosa des Hinterhorns finden sich bis zum 3. und 4. Halsnerven auf Frontalschnitten Querschnitte vom Nervenbündeln, die in der Form dem solitären Bündel sehr ähnlich sind. Ich finde eine Andeutung dieser Bündel nur bei Henle, der sie als Ursprungsbündel des Fun. solitarius abbildet; mit diesen haben sie sicher nichts zu thun; doch

ist es mir bisher nicht gelungen, ihr oberes Ende zu bestimmen; sie reichen weiter, als der Fun. solitarius hinauf.

In der diesem Vortrage sich anschliessenden Discussion betont Herr Wernicke den Zusammenhang des fraglichen Bündels mit den Vagusursprüngen; man sieht auf gelungenen Schnitten vom inneren und hinteren Kreisabschnitt (des Querschnitts des Fun. sol.) sich abwickelnde Fasern, die in den Stamm des N. vago-glossopharyngeus übergehen.

Diesen Ausführungen gegenüber bleibt Herr Mendel bei seiner vorgebrachten Meinung.

Sitzung vom 12. März 1883.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Pelizaeus hält den angekündigten Vortrag: Ueber das Kniephänomen bei Kindern.

Redner bespricht im Anschluss an die Untersuchungen Berger's, Eulenburg's und besonders Bloch's die Resultate seiner Untersuchungen über das Vorhandensein resp. Fehlen des Kniephänomens im Kindesalter.

Während Berger*) bei 1,59 pCt. Erwachsener, Eulenburg**) sogar bei 4,8 pCt. Erwachsener, bei Kindern vom 5.—6. Lebensjahr in 5,65 pCt., bei Kindern im ersten Lebensjahre in 4,21 pCt. die fragliche Erscheinung vermisste, fand Bloch***) dasselbe fehlend bei 5 von 694 Schulkindern und zwar unter eigenthümlichen Umständen, die es ihm wahrscheinlich machten, dass das Fehlen ein Symptom einer neuropathischen Diathese sei, die sich hierdurch schon zu einer Zeit äussert, in der das betreffende Individuum überhaupt noch nicht oder überhaupt gar nicht erkrankt sei.

Hauptsächlich zur Klarstellung dieser Anschauung wurden von dem Redner auf Herrn Westphal's Anregung die Knaben dreier Volksschulen Berlins 2403 im Alter von 6—13 Jahren, untersucht.

Das Resultat war folgendes:

Gar nicht in verschiedenen Untersuchungen war das Phänomen hervorzurufen bei einem Knaben, also 0,4 pro Mille.

Bei einem Knaben gelang es etwa 6 Wochen nach einer mittelschweren Diphtherie nicht, dagegen leicht und deutlich nach 5 Monaten.

Bei vier Knaben ergab sich das eigenthümliche Resultat, dass es an einzelnen Untersuchungstagen — sämmtliche Kinder zu verschiedenen Malen von dem Redner mit Herr Westphal zusammen genau untersucht — gar nicht oder nur sehr undeutlich gelang, eine Contraction des Quadriceps zu erzielen, während es an anderen Tagen deutlich gelang. Was die Ursachen des abnormalen Verhaltens sind, lässt sich nicht sicher angeben. Auf alle Fälle ist aber

*) Centralbl. von Erlenmeyer.

**) Verhandl. der Aerzte-Versammlung zu Eisenach.

***) Dieses Archiv Bd. 12. p. 471.

das Fehlen des Kniephänomens bei gesunden Kindern ein ungemein selteses, 0,4 pro Mille*).

An der diesem Vortrage sich anschliessenden Discussion betheiligen sich Herr M. Meyer, Remak, Westphal und Pelizaeus. Ersterer warnt vor Täuschungen, die durch die Nachahmungslust der in einer Reihe sitzender Knaben verursacht werden könnten; Herr Remak empfiehlt die Vornahme der Kniephänomenprüfung in der Rückenlage der zu Untersuchenden bei halbgebeugtem Unterschenkel, um die Schwere möglichst zu eliminiren.

Herr Westphal macht auf die Nothwendigkeit aufmerksam, derartige Untersuchungen an einem Individuum wiederholentlich vorzunehmen: verschiedene Umstände, wie die Temperatur, vorhergegangene Bewegung oder Ermüdung, unwillkürliche Spannung, seien offenbar von Einfluss. Aus den Untersuchungen des Herrn Pelizaeus gehe hervor, dass das Kniephänomen ein ganz allgemeines, normales sei; gerade die geringe Zahl der Ausnahmen bestätige dies, und anstatt den Satz als solchen zu bezweifeln, bestehe vielmehr die Aufgabe darin, zu untersuchen, in welchen Verhältnissen diese Ausnahmen begründet wären. Aus einer doppelseitigen Verstärkung des Phänomens sei nichts besonderes zu schliessen: es könne auch bei neuropathischen Individuen sehr ausgeprägt sein.

Hierauf berichtet Herr Wernicke „Ueber einen Fall von Tabes mit Herdsymptomen des Gehirns“.

Ein seit 5 Jahren leidender, 51jähriger Mann zeigte seit 3 Jahren Gehstörungen: 14 Tage vor Aufnahme in's Krankenhaus kam er zum Liegen. Früher bestand Doppelsehen, bei der Aufnahme Pupillenungleichheit, weitere cerebrale Symptome fehlten, die Erscheinungen der Tabes waren aber ausgeprägt. Eine Dehnung beider Nerv. ischiad. blieb ohne Erfolg (22. September 1881).

Einige Monate darauf machte der Kranke einen kurzen, von Bewusstlosigkeit begleiteten Krampfanfall durch, der zunächst ohne weitere Folgen blieb. — Nach einem zweiten, 3 Tage später erfolgenden ähnlichen Anfall, erschien der Kranke aphasisch und zwar unter dem Bilde der sensorischen Aphasie. Allmälig fing seine Intelligenz an zu leiden, die Krampfanfälle wiederholten sich noch einige Male, Patient wurde dement und starb schliesslich im Verlaufe der progressiven Paralyse.

Neben den für die genannte Krankheit charakteristischen Rindenadhäsionen, erschien der ganze linke Schläfenlappen erkrankt, seine Windungen schmal und abgeplattet. In seiner vorderen Hälfte in der Längsausdehnung des Lappens lag ein bräunlich tingirter, pflaumengrosser Erweichungsherd. Es bestand nach dem Vortragenden eine entzündliche Erweichung: in der Umgebung des Herdes waren die reichlich vorhandenen Gefässer injicirt, auch fanden sich hier wie im Hauptherd Körnchenzellen; innerhalb der Rinde erstreckten sich die Veränderungen weiter als im Mark: in der Umgebung des

*) Vergl. den ausführlichen Vortrag in diesem Archiv, XIV. 2.

Herdes waren auch die Ganglienzellen fettig degenerirt. Im Rückenmark ergab sich der Befund einer genauen Degeneration der Hinterstränge.

Nach Herrn Westphal handelt es sich hier um einen Fall von allgemeiner Paralyse, der mit Tabeserscheinungen begann, und um eine Complication, nämlich einer Herderkrankung im linken Schläfenlappen. Es sei möglich, dass diese die Aphasia und convulsiven Anfälle veranlasst habe, aber nicht erwiesen, da dieselben Erscheinungen bei dieser Krankheit bekanntlich auch ohne Herderkrankung vorkommen. Herr Mendel fragt, ob die Hirnrinde genauer mikroskopisch durchforscht sei, und ob im Rückenmark nur die Hinterstränge verändert gewesen seien. Auf die Frage des Herrn Moeli, ob der Kranke syphilitisch gewesen sei, erwidert Herr Wernicke, dass die Section in Bezug auf die Bejahung der Frage keine Anhaltspunkte gegeben habe.

Gegenüber dem Standpunkte der Herren Westphal und Mendel, welche in dem vorgetragenen Falle eine sich später zu allgemeiner Paralyse entwickelnde Tabes mit der Complication einer Hämorrhagie des linken Schläfenlappens sehen, hält Herr Wernicke seine Anschauung, es habe sich um einen Fall von Tabes mit eigenhümlicher Herderkrankung gehandelt, aufrecht und bestreitet auch, dass die Erkrankung des Schläfenlappens ursprünglich hämorrhagischer Natur gewesen sei.

Herr Rabow: „Zur Casuistik der angeborenen conträren Sexualempfindung“

Es handelte sich im Wesentlichen um die höchst interessanten Selbstbekennenisse eines jungen Mannes, der sich von Jugend auf zum männlichen Geschlecht hingezogen fühlte.

In der Discussion erwähnt zunächst Herr Westphal eines amerikanischen Kranken, welcher, obgleich verheirathet, den unbezwiglichen Trieb zeigte, sich weibliche Kleider und Stiefel anzuziehen, sich zu schnüren etc. Der Vater dieses Kranken, sowie der im Rabow'schen Falle sind durch Selbstmord zu Grunde gegangen. Charakteristisch sei auch für die hier verlesenen Bekenntnisse das Pathos des Stils und die sittliche Entrüstung. Hodenerkrankungen (Atrophie der Hoden) hat Herr Westphal in solchen Fällen nur einmal gesehen; ob die Castration in Betreff des abnormalen Geisteszustandes etwas nützen würde, sei fraglich und sehr unwahrscheinlich, was er Herrn Meyer erwidere, welcher meint, dass vielleicht durch eine derartige Operation, gleich wie bei hysterischen Frauen durch Ovarienexstirpation, Nutzen geschafft werden könne. Herr Hirschberg fragt, wie viele von solchen Kranken sich wohl selbst das Leben nähmen: ihm sei ein derartiger von Hutchinson mitgetheilter Fall bekannt geworden. Auf die Frage des Herrn Bernhardt antwortet Herr Westphal, dass man mit Hülfe der bekannten Mittel den Geschlechtstrieb zu mindern bestrebt sein solle; gegen die psychische Anomalie als solche gäbe es kein Mittel.

Sitzung vom 9. April 1883.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Kortum berichtet: „Ueber Hirnbefund bei einer Idiotin mit Demonstration“.

Der Vortragende demonstriert das Gehirn eines 15jährigen, seit frühester Kindheit idiotischen Mädchens. Die Erscheinungen, welche dasselbe während des Lebens geboten hatte, waren in psychischer Hinsicht eine auf niedrigster Stufe stehende Intelligenz (fast gänzliches Fehlen der Sprache u. s. w.). Körperlich war das Kind ebenfalls nur dürftig entwickelt und zeigte außerdem eine totale Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität, verbunden mit einer nicht zu redressirenden Beugecontractur im Ellenbogen- und Handgelenk einer-, sowie dem Kniegelenk andererseits; der rechte Fuss in ausgeprägter Varo-equinus-Stellung. Die Sensibilität war an den gelähmten und gleichzeitig stark atrophischen Partien erloschen. In den Fingern und Zehen der gelähmten Seite erfolgten bei Bewegungen der Finger resp. Zehen der linken Seite Mitbewegungen im gleichen Sinne. Bei Ausbruch der Diphtherie, an welcher Patientin schliesslich zu Grunde ging, traten 3 mal bis dahin nicht beobachtete klassisch epileptische Anfälle auf.

Die Obdunction ergab ausser einer abnormen Kleinheit des ganzen, nur 675 Grm. wiegenden Gehirns eine sehr beträchtliche Verkleinerung der linken Grosshirnhälften, sowie eine Asymmetrie in der Bildung der Furchen und Windungen der beiden Grosshirnhälften. Bedingt war diese Hemmungsbildung durch eine Sklerosirung und Atrophie der verschiedensten Windungen. Linkerseits waren stark sklerotisch verändert:

der Gyrus ext. ant. und post., das sogenannte Paracentralläppchen, der Ursprung der mittleren und dritten Stirnwindung, der ganze Klappdeckel, der vordere Theil des oberen Scheitelläppchens, der Gyrus supramarginalis, außerdem in sehr exquisiter Weise fast der ganze Occipitallappen. — Rechterseits war ebenfalls fast der ganze Occipitallappen atrophisch, ferner in geringer Ausdehnung der Gyrus forniciatus. Daneben fand sich eine auffallende Kürze und Dünngkeit des Balkens, letztere namentlich in dem hinteren Theile desselben.

In der Epikrise sprach der Vortragende des Näheren die Aetiologie des Falles, sowie die während des Lebens beobachteten Erscheinungen mit Bezug auf den geschilderten Obduktionsbefund.

Hierauf sprach Herr Mendel „Ueber secundäre Paranoia“.

Nachdem der Vortragende zuerst die Zweckmässigkeit der Wiedereinführung dieser griechischen Bezeichnung (Paranoia) an Stelle der deutschen „Verrücktheit“ betont hat (speciell mit Rücksicht auf die Laienwelt) wirft er einen historischen Rückblick auf die Anschauungen der Autoren über das Bestehen einer „primären“ Form dieses Leidens.

Das Wort Paranoia findet sich zuerst von Heinroth ausgesprochen,

Zeller unterschied eine primäre und eine secundäre (z. B. aus Melancholie hervorgehende) Form, Griesinger kannte anfänglich nur die secundäre Form, erkannte aber nach den Arbeiten Snell's eine primäre schliesslich an. Nachdem dann noch Sander als besondere Art dieser primären Form die „originäre“ Verrücktheit beschrieben, gab Westphal (1876) zuerst eine klare Darstellung der Lehre von der Verrücktheit und der Entwicklung dieser Krankheitsform, indem er dabei das Hervorgehen der Paranoia aus melancholischen Zuständen bestritt. Koch endlich giebt eine „secundäre“ Verrücktheit überhaupt nicht zu. Dem gegenüber betont Herr Mendel, dass die „secundäre“ Paranoia, wenn auch selten (unter 150 Fällen nur 5 mal) so doch sicher vorkomme und theilt drei von ihm bei Frauen beobachtete Fälle ausführlicher mit (Verrücktheit nach scheinbar vollkommen abgelaufenen, zweifellos primär melancholischen Zuständen sich entwickelnd).

Schliesslich betont Redner noch, wie die Aeusserungen und Wahnvorstellungen der Melancholischen und der Verrückten eine scheinbare Aehnlichkeit haben könnten: der Unterschied sei nur der, dass der Melancholische die „Schuld“ in sich selbst, der Verrückte dagegen in der Aussenwelt suche.

Die Discussion über diesen Gegenstand wird vertagt.

Schliesslich demonstriert Herr Bernhardt das „Edelmann'sche Taschengalvanometer“. Nach der ersten von v. Ziemssen im 30. Bande des Deutschen Archivs für klin. Medic. 1882 gegebenen Beschreibung hat das Instrument inzwischen nach Dr. Stirzings (München) Angaben folgende Verbesserungen erfahren. Um den hufeisenförmigen Magneten ist eine wirksame, dicke, hohlcylindrische Kupferdämpfung angebracht: dadurch kommt der abgelenkte Magnet schnell zur Ruhe. Zweitens befindet sich im Inneren eine Nebenschliessung ($\frac{1}{10}$ W. der Galvanometerwindungen), welche die Schätzung einer zehnfach grösseren Stromstärke gestattet, wie die bei voller Empfindlichkeit. zieht man die zur Nebenschliessung führende Schraube nicht an, so sind Stromstärken von 0,0—2,0 Milliampère und die Zehntel direct abzulesen: die Hundertel kann man schätzen; ist die Schraube angezogen, so kann man von 0,0—20,0 Milliampère ablesen, wobei die Genauigkeit bis zu 0,5 Milliampère reicht. Vortragender betont, dass durch gütige Vermittelung Dr. Stirzings das eben demonstrierte Galvanometer mit dem grossen auf der „Elektrischen Ausstellung“ von der Prüfungscommission geprüften und geachten Galvanometer verglichen und bei Einschaltung grosser Widerstände (des menschlichen Körpers) so genau als nur zu wünschen, übereinstimmend befunden worden. Im Vergleich zu dem grösseren Galvanometer empfiehlt sich das Taschengalvanometer wegen seines um das Dreifache geringeren Preises und seiner leichten Transportabilität wegen (wobei es keinen Schaden nimmt): In eine beliebige Batterie eingeschaltet, gestattet es, die Stromstärke in absoluten Einheiten abzulesen. So erhielt der Vortragende z. B. bei direkter Reizung schwer gelähmter Facialismuskeln träge KaSZ und ASZ bei 0,45—0,6 M. A., während die entsprechenden Muskeln der gesunden Seite erst bei 1,8—2,0 und 3,0 M. A. reagirten und die Nerven der gesunden Seite (Ast für den M. corrugator z. B.) bei 1,5 M. A. KaSZ geben.

Sitzung vom II. Juui. 1883.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Richter (Dalldorf) demonstriert das einem 52jährigen, an hallucinatorischer Verrücktheit leidenden Manne zugehörig gewesene Gehirn, in welchem sich drei hämorrhagische Herde fanden.

Patient, Julius Helm, war 1829 geboren, Seidenwirkermeister, hatte zwei gesunde Kinder, ein Bruder trank. Er kam im August 1881 als hallucinatorisch Verrückter nach der Charité, von da denselben Monat nach Dalldorf, von wo er noch denselben Monat als ungeheilt entlassen wurde. September kam er zum zweiten Mal über die Charité nach Dalldorf. Sein Geisteszustand war derselbe. Bezüglich seines Körperzustandes ist zu bemerken, dass er eigenthümliches Kriebeln in der linken Hand hatte und zwar schon seit Jahren; am linken Ohr hatte er das Gefühl, als ob eine Sammethaut daran wäre; diese Erscheinungen waren nach einem Anfall unter Erbrechen eingetreten. Ferner klagte er über eine gewisse Schwäche des linken Auges; er sähe zwar in der Ferne und Nähe gut, so dass er sich zu seiner Arbeit für beide Augen nur concav No. 16 bediene, jedoch das linke Auge sähe nicht so scharf wie das rechte. Januar 1882 ungeheit von Dalldorf entlassen, kam er December 1882 zum dritten Mal nach der Charité; damals untersuchten Moeli und Uthoff den Augenhintergrund, fanden aber nichts Besonderes (abgeblasste Papillen, mittlere Trübung der Retinae, ziemlich enge Gefässer). Januar 1883 kam er von der Charité zum dritten Mal auch nach Dalldorf. Ausser den Klagen, die schon von seinem zweiten Aufenthalte erwähnt sind, brachte er nun noch vor, dass er zwar keine Kopfschmerzen hätte, aber ein fortwährendes Mimmeln in den Zähnen (machte dabei Schmeckbewegungen); wenn er etwas einbeisse, sei es, als ob er eine Rübe oder einen Kohl anbeisse, so knürbsche es (ob dieses eigenthümliche Gefühl in den Zähnen nur auf einer Seite bestand, oder auf beiden, ist nicht constatirt worden); ferner klagt er über schlechten Schlaf nach Mitternacht, weil er so oft Urindrang hätte. Sonst bot er nichts Besonderes dar, als er am 14. Januar unter Erbrechen erkrankte, dabei Abends hochnormale Temperatur hatte; dieser Zustand hielt bis zum 18. an, ohne dass eine Diagnose gestellt werden konnte; am 19. war er zwar wieder ausser Bett, den 21. jedoch lag er tief benommen, Schaum vor dem Munde, schnarchend athmend zu Bett; die linken Extremitäten leisteten emporgehoben nur leisen Widerstand, ebenso regte er sie kaum, wenn man sie kniff; am Kopfe hatte er keinerlei Lähmungserscheinungen, namentlich waren die Pupillen gleich und reagirten. Den 22. Stat. id. Den 24.: Patient ist heute freier, verlangt zu essen und eine Prise; den 25.: in den linken Arm kommt Bewegung, dagegen erscheint heute die linke Gesichtshälfte verstriccher, gegen die rechte faltenreichere; das Gesicht ist etwas nach rechts verzogen. Viel freier. Es wird seit gestern bemerkt, dass Patient an den ihm dargereichten Gegenständen weit vorbeigreift, dabei schielte er nicht etwa, wie

er ebenso wenig über Doppelsehen klagt. Er muss die an seinem Bett stehenden Gegenstände erst mit den Augen suchen, ehe er sie ergreifen kann. Er verlangt eine andere Brille, weil er mit seiner alten nicht mehr ordentlich sehen kann. Er liest zwar, doch mit Mühe. Die Pupillen sind dabei gleich und normal weit und reagirend. Lässt man den Patienten mit einem Auge, bei geschlossenem anderen, einen Gegenstand fixiren und nähert dem fixirten Gegenstände von der Peripherie her einen anderen, so bemerkt man, dass Patient die von links her genäherten Gegenstände erst dann erblickt, wenn sie sich in unmittelbarer Nähe des fixirten befinden. Der Defect scheint in vertikalen Linien zu verlaufen. 30. Noch recht schlaftrig.

3. Februar. Gestern wieder erbrochen, kommt heute aus dem Schlaf nicht heraus. 10. März. Noch immer zu Bett; von Seiten der Augen dieselben Symptome, Durst. 12. Heute versuchsweise ausser Bett, schleppt das linke Bein nach. 13. Erbrach heute Morgen, fiel zusammen. Liegt wie im tiefsten Schlaf da; reagirt nicht auf Anrufen; die emporgehobenen Gliedmassen fallen losgelassen wie von Blei nieder. Auf heftiges Kneifen contrahiren sich die Extremitäten, jedoch nur ein wenig. Stirbt 12 Uhr Mittags. — Section 24 h. n. d. T. Auch an der Leiche sind die Pupillen noch gleich weit und der rechte Mundwinkel steht tiefer. In der rechten Hemisphäre befanden sich drei Blutungen, deren verschiedenes Alter sich schon durch ihre verschiedene Färbung charakterisirte. Die älteste sah gelb aus, sass im rechten Schläfenlappen, hatte ihn ziemlich zerstört und reichte bis nahe heran an den rechten Hirnschenkel; der zweite sah rothbraun aus und sass an der Aussenwand des Hinterhorns des rechten Seitenventrikels; sie hatte einerseits nach aussen hin die graue Substanz vollkommen intact gelassen, nach dem Ventrikel zu war sie durch das ebenfalls intacte Ependym begrenzt, durch das sie nur hindurch schimmerte; sie lag in einer membranartigen Kapsel, ihr sagittaler Durchmesser betrug 7 Ctm., ihr verticaler 4, ihr coronarer $1\frac{1}{2}$ Ctm. Nach aussen hin entsprachen ihr, aber ohne dass sie auch nur an einer Stelle ihre graue Substanz erfasst hätte, der Gyr. supramarg. und angul. Die Marksubstanz der drei Occipitalwindungen war nicht ergriffen, vielleicht die der zweiten im vorderen Theil, wie denn auch die Blutung bereits $4\frac{1}{2}$ Ctm. vor der Spitze des Hinterhauptslappens endete. Die dritte Blutung bestand aus frischem Gerinnsel, die den 3. und 4. Ventrikel erfüllten und die Hirnschenkel, namentlich den rechten eingerissen hatten. — Die Schwäche des linken Auges, das Kriebeln in der linken Hand, das Gefühl wie Sammt am linken Ohr und event. auch das eigenthümliche Gefühl in den Zähnen schienen bedingt durch die Blutung in dem rechten Schläfenlappen. Die linksseitige Hemianopsie und die Lähmungen der linken Extremitäten und des linken Facialis waren bedingt durch die zweite Blutung (Zerstörung der vom Thalamus opticus nach dem Hinterhaupt ziehenden Fasern). Ursache aller drei Blutungen waren vielleicht Embolien; Patient hatte Schrumpfnieren und ein grosses Herz.

Auf diesen Vortrag folgte die Discussion über den in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag des Herrn Mendel über Paranoia.

Herr Jastrowitz kann den Uebergang von Melancholie in Verrücktheit nur in dem Sinne zugeben, dass einzelne Fälle in späterem, dementen Stadium hier und da melancholische Vorstellungen von hypochondrischer Färbung beibehalten: eine genuine Melancholie hat er nie in Paranoia übergehen sehen.

Nach Herrn Westphal ist es zwar richtig, dass sich Melancholische im Gegensatz zu Verrückten selbst beschuldigen, doch findet sich dies auch bei Verrückten, bei denen sich derartige Vorstellungen aus Verfolgungsideen heraus und besonders auf Grund von Sinnestäuschungen entwickeln können. Nicht der Inhalt der Wahnideen, sondern deren Genesis sei das Massgebende. In den Mendel'schen Fällen lag zwischen der Zeit des Bestehens der Melancholie und der späteren Verrücktheit ein gewisser Zeitraum, so dass man an die Entwicklung verschiedener Psychosen bei einem Individuum nach einander denken könne. Wie Jemand einmal nur an Manie, später aber an periodischer Melancholie erkranken könne, so kann auch einmal ein prädisponirter Mensch erst an Melancholie, später an Verrücktheit erkranken. Er vermisste noch immer den Nachweis der directen Entwicklung, der einmal in einem von Gnauck mitgetheilten Falle erbracht schien: doch wären auch hier noch Einwendungen möglich gewesen. Wo sich Verrücktheit aus Melancholie entwickelt zu haben schien, waren noch jedesmal auch hypochondrische Ideen zu constatiren gewesen: dann sind es aber immer diese, welche den Ausgangspunkt für die späteren verrückten Vorstellungen abgeben.

Herr Moeli betont, wie bei einer Anzahl acuter Geistesstörungen bei Alkoholisten, Wöchnerinnen, ferner bei jüngeren Männern (Onanisten) das Verhalten von Tag zu Tag ein wechselndes sein kann, indem melancholische Selbstbeschuldigungen sich mit Verfolgungsvorstellungen wechselnd ablösen. Aber auch bei chronisch verlaufenden Fällen käme dieser Wechsel vor, wie Redner an einer Reihe von Beispielen erläutert. Fast immer konnte man nachweisen, dass bei den Kranken, welche sich wie Melancholiker selbst anschuldigten, weinten etc., vor längerer oder kürzerer Zeit ein Stadium vorangegangen war, in welchem sie hallucinirten, Stimmen hörten, sich verfolgt glaubten oder mit eigenthümlichen unausführbaren Projecten beschäftigt waren. Der Inhalt der Wahnideen kann also in der Schärfe, wie Mendel es betont hat, ein Eintheilungsprincip zwischen Melancholie und Verrücktheit nicht abgeben.

Herr Mendel glaubt sowohl von Herrn Westphal, wie von Herrn Moeli missverstanden zu sein, insofern auch er in allen seinen Publicationen nicht sowohl auf den Inhalt, als vielmehr auf die Entstehung der Wahnvorstellungen als das Entscheidende hingewiesen habe. Insofern sei er also mit den Herren Vorrednern einverstanden. Herrn Westphal gegenüber betone er, dass der Zwischenraum zwischen der Melancholie und der Verrücktheit bei seinen Kranken nicht ein solcher gewesen sei, während dessen etwa vollkommen Gesundheit bestanden habe, sondern dass sich schon innerhalb der ersten Wochen nach dem Aufhören des melancholischen Zustandes die neue psychische Erkrankung gezeigt habe. Die psychologische Entwicklung für jeden einzelnen Fall nachzuweisen, sei ungemein schwer: in dem einen seiner Fälle sei sie insofern klarer, als die melancholisch gewesene Kranke

ihre Verwandten beschuldigte, dieselbe hätten sie aus eigennützigen Motiven entfernt und der Anstalt übergeben. Hieraus entwickelten sich dann die spätere Verfolgungs- und Grössenideen. In zweien seiner Fälle seien allerdings auch hypochondrische Vorstellungen in den Vordergrund getreten, es sei aber sehr schwer, die Grenzlinie zwischen reiner Melancholie und hypochondrischer Melancholie zu ziehen. Die Moeli'schen Fälle endlich seien ihm nicht massgebend, da es sich bei ihnen schon um schwachsinnige Personen gehandelt habe. Letzteres giebt Herr Moeli zu, es war aber weniger eine Schwäche des Intellects, als vielmehr eine gewisse Hüllosigkeit und Mangel an Selbstvertrauen vorhanden.

Schliesslich betont Herr Westphal noch einmal die Schwierigkeit der Diagnose und die Leichtigkeit der Täuschung, was Herr Mendel zwar zugiebt, indem er indessen hervorhebt, dass sein Fall ein halbes Jahr hindurch sorgfältiger Beobachtung unterstanden habe.

Sodann hielt Herr Falk seinen Vortrag über „Heilung langjähriger Geisteskrankheit“. Diese Frage ist bekanntlich in Frankreich neuerdings zu einer brennenden geworden, mit der sich sowohl die Kammer der Abgeordneten, wie die gelehrten medicinischen Gesellschaften speciell im Hinblick auf das Ehescheidungsgesetz beschäftigt haben, wie Redner auführlich referirt. Er selbst theilt einen hierher gehörigen, selbst beobachteten Fall mit, durch den bewiesen wird, wie eine anfangs der 60er Jahre stehende Frau, nachdem wegen Geistesstörung, die im Jahre 1855 begonnen, eine 21jährige Curatell bestanden, nach Ablauf dieser Zeit und speciell mit dem Eintritt der klimakterischen Jahre vollkommen geheilt war. Der normale geistige Zustand hielt weiter an, wie sich Redner zwei Jahre nach der Abgabe seines die Genesung der Kranken constatirenden Urtheils selbst überzeugte.

Im Anschluss hieran theilt Herr Falk noch die Krankheitsgeschichte eines 38jährigen Paralytikers mit, der sich nach halbjährigem Aufenthalt in einer Anstalt so erheblich besserte, dass er die Anstalt verlassen konnte. Bis jetzt sind fast vier Jahre verflossen und Nachrichten neuer Erkrankung nicht eingetroffen.

Die Frage von der Heilbarkeit längere Zeit bestehender Geisteskrankheit sei auch wichtig für die Pensionirung von Beamten und für die Concessionsertheilung an nicht ärztliche Irrenanstaltsvorstände, welche nur „Unheilbare“ aufnehmen dürfen.

Im Anschluss hieran theilt Herr Gnauck folgende Fälle mit. Ein Paralytiker zeigte eine so vollkommene Remission, dass er für geheilt gehalten werden konnte. Es fehlten aber auch in diesem Stadium die Kniephänomene. Die Krankheit recidivirte nach 6 Monaten. Ein anderer Fall von Paralyse wurde in der That geheilt entlassen: immerhin sei es fraglich, ob es auch die klassische Paralyse war, da es sehr ähnliche Krankheiten mit fast identischem Symptomencomplex geben könnte.

Herr Westphal meint, dass in der That Heilungen selbst sehr lange bestehender Geisteskrankheiten vorkommen, wie z. B. beim Eintritt acuter Krankheiten (Pocken), oder bei Frauen in den klimakterischen Jahren. Es empfiehle

sich vielleicht in Betreff der Frage, nach welcher Zeit die Unheilbarkeit auszusprechen sei, eine bestimmte Anzahl von Jahren festzusetzen: übrigens sei die Entscheidung vom ärztlichen Standpunkt aus eine schwierige und zum Theil wohl den Juristen zu überlassen. Bei der Paralyse kämen oft recht lange dauernde Remissionen vor: an eine wirkliche Heilung glaube er aber nicht.

Nachdem Herr Edel einige Bemerkungen über die in Preussen geltenden Ehescheidungsgesetze bei Geisteskranken gemacht hat, erwidert zum Schluss Herr Westphal auf die Frage des Herrn Falk über das Verhältniss der heilbaren „Folie congestive“ zur Paralyse, dass die Folie congestive eine Erfindung Baillarger's sei.

Sitzung vom 9. Juli 1883.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Nach einem kurzen Nachruf auf den verstorbenen Collegen Steinauer ertheilt der Vorsitzende vor der Tagesordnung Herrn Moeli das Wort zur Demonstration einiger Präparate vom Hirn des Hundes und Meerschweinchens. Die secundäre Degeneration, welche sich nach Extirpationen in der sogenannten motorischen Zone constant, bei grossen Defecten auch an einzelnen Fasern derselben Rückenmarkseite findet, fehlte nach Wegnahme der vorderen Partie des Stirnlappens.

Nach Durchschneidung des Stabkranzes waren die Fasern, welche in die Rinde ausstrahlten zum Theil deutlich verändert. Der Vortrag wird anderwärts ausführlich veröffentlicht werden.

Hierauf hielt Herr Senator den angekündigten Vortrag: Zur Diagnostik der Brückenerkrankung.

Der Vortrag ist bereits in extenso erschienen und abgedruckt im 3. Heft des XIV. Bandes dieses Archivs.

Vor dem Eintritt in die Discussion über diesen Vortrag hält erst Herr Langreuter seinen Vortrag: Ueber Paraldehyd- und Acetalwirkung bei Geisteskranken.

Für die innerhalb 8 Monaten angestellten Versuche wurden 2300 Grm. Paraldehyd und 2700 Grm. Acetal verbraucht. Es wurde an Kranken der Dalldorfer Irrenanstalt experimentirt, und zwar aller möglichen Formen. Genaue Zeitangaben betreffs Beruhigung, Einschlafzeiten und Schlafdauer existiren von 460 Versuchen an 50 Geisteskranken. Zahlreiche andere Fälle wurden summarisch beobachtet. Die mittlere Dosis von Paraldehyd betrug 6 Grm., von Acetal 10 Grm.; als Vehikel wurde Olivenöl mit einem Zusatz von Pfeffermünzöl verwendet. Beide Medicamente wurden Monate lang ohne Schaden ertragen. Lästige Nebenwirkungen riefen der unangenehme Geschmack und der lange anhaltende Geruch hervor. Das Paraldehyd hatte bei Abenddosen in 90 pCt., bei Tagesdosen in 61 pCt. der Versuche Erfolg. Einschlafzeit 5—30 Minuten. Die Wirkung war bei Ruhe der Umgebung am

promptesten. Im Allgemeinen war sie weit zuverlässiger bei Kranken mit Bewusstseinsstörungen. So reagirten am besten epileptische Angst- und Dämmerzustände sowie aufgeregte Paralysen.

Für andere Formen von Geistesstörung, für nervöse Schlaflosigkeit etc. liess sich kein charakteristischer Unterschied constatiren.

Das Acetal wirkt ähnlich wie Paraldehyd, ist aber schwächer und unzuverlässiger, hat auch unangenehmere Nebenwirkungen; es ist deshalb nicht zu empfehlen.

Dagegen empfiehlt Vortragender das Paraldehyd zum Weitergebrauch, besonders da, wo das Chloral sich unwirksam zeigt.

In der nun folgenden Discussion über den Vortrag des Herrn Senator ergreift Herr Bernhardt das Wort. Da der Krankheitsherd in der linken Brückenhälfte lag, aber erst am untersten Ende des Abducenskerns anfing, und da auch der linke Nerv. abducens bei der Untersuchung intact gefunden war, so scheine eine vollgültige Erklärung der in Bezug auf die Augenbewegungen festgestellten Symptome zu fehlen. Die mangelhafte Bewegungsfähigkeit des rechten M. internus bei Convergenzbewegungen könne sich, wäre der Kranke länger am Leben geblieben, später wohl ausgeglichen, beziehungsweise wieder eingefunden haben. Sodann fragt Herr Bernhardt, ob die elektrische Erregbarkeit beider Zungenhälfte geprüft und der N. hypoglossus sinister mikroskopisch untersucht sei.

Herr Senator meint, dass Abducenzfasern und einzelne Theile des Kerns des Abducens betroffen waren: möglicherweise sei die Krankheitsdauer eine zu kurze gewesen, als dass mikroskopisch sichtbare Degeneration hätte eintreten können. Der N. hypoglossus sei nicht untersucht worden.

In der Discussion über den Vortrag des Herrn Langreuter erwähnt Herr Moeli seine Resultate der Acetalbehandlung, die ungünstiger gewesen seien, als die des Vortragenden. Er habe bei Maniakalischen keinen Erfolg gehabt: etwas günstiger waren die Resultate bei Deliranten, wenn Acetal mit Morphium zusammen (0,01 Morphium mit 6,0, 8,0 Acetal) als Clyisma gegeben wurde.

Sitzung vom 12. November 1883.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als Guest anwesend:

Herr Dr. v. Podlewski aus Krakau.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Uhthoff einen 10jährigen Knaben W. H. aus Spandau vor, der vom 1.—17. September an Diphtheritis faucium litt. Schon während dieser Zeit bekam Patient eine Lähmung des Gaumensegels mit näselnder Sprache. Ende September trat eine doppelseitige Accommodationsparese mit gut erhaltener Pupillenreaction ein und stellte sich der Patient deshalb in der Schoeler'schen Poliklinik vor. Vom 10.—16. October 1883 entwickelte sich dann beiderseits das Bild der völligen Ophthalmomy-

plegia externa, das rechte Auge war absolut unbeweglich, das linke hatte eine minimale Beweglichkeit im Sinne des Rect. externus, ferner mässige Ptosis beiderseitig.

Die Pupillenreaction auf Licht war gut. Das Kniephänomen fehlte. Mit diesen Augenmuskellähmungen entwickelte sich eine bedeutende motorische Schwäche der Beine, so dass Patient nur sehr mühsam zu gehen vermag, Blase und Mastdarm intact, keine Sensibilitätsstörungen, keine Ataxie, keine Störung des Muskelgefühls, Cremasterreflex erhalten. In den oberen Extremitäten ebenfalls mässig motorische Schwäche. Nach Verlauf von 14 Tagen tritt allmäßige Besserung ein, zuerst verschwindet die Accommodationsparese, nach weiteren 6 Tagen beginnt auch eine langsame Besserung der äusseren Augenmuskellähmungen. Zur Zeit besteht noch ein völliger Beweglichkeitsdefect nach links, ebenso ist nach rechts die Excursionsfähigkeit der Augen noch erheblich beschränkt, weniger nach oben und unten, in diesen beiden Richtungen ist die Beweglichkeit schon fast bis zur Norm zurückgekehrt. Sehschärfe und Accommodation normal, ophthalmoskopisch nichts Abnormes. Die übrigen Erscheinungen hochgradiger motorischer Schwäche namentlich der unteren Extremitäten sowie das Fehlen des Kniephänomens bestehen noch fort. Die Prognose ist gut.

Ein analoger Fall von völliger Ophthalmoplegia externa nach Diphtheritis existiert bis jetzt in der Literatur nicht, nur ist damit zu vergleichen ein von Knappp (Archiv für Augenheilkunde 1879) veröffentlichter Fall von Lähmung aller Augenmuskeln nach Kohlendunstvergiftung, der ebenfalls in Heilung überging.

Nach der Vorstellung ergreift Herr Westphal das Wort. Anknüpfend an seinen im Mai in der Versammlung deutscher Irrenärzte gehaltenen Vortrag über „progressive Augenmuskellähmung in Beziehung zu Geistes- und Rückenmarkskrankheiten“ erwähnt er, dass seit dieser Zeit vier Kranke verstorben. Bei einigen fanden sich ausgeprägt atrophische Zustände im N. oculomot., abducens, trochlearis; in einem Falle waren die Augenmuskeln atrophisch, von gelbem Aussehen; in einem anderen Falle waren Nerven und Muskeln intact, es fanden sich aber multiple Degenerationsherde im Hirn, auch im Pons und der Medulla oblongata: wahrscheinlich seien hier die Kerne der Augenmuskelnerven betroffen. Es könnten also verschiedene Processe als die Ursachen der klinischen Erscheinungen angesehen werden.

Herr Mendel erwähnt, dass er mit Herrn Hirschberg ein Kind behandelt habe, dass ebenfalls an Lähmung sämtlicher Augenmuskeln gelitten habe, atactisch gewesen sei und bei dem die Kniephänomene nicht hervorzurufen waren. Das Kind starb, Section steht noch aus.

Des Weiteren demonstriert vor der Tagesordnung Herr Moses die Organe, ziell Hirn und Rückenmark eines Tabikers, der vier Monate vor seinem Tode nach einem apoplectischen Insult eine rechtsseitige Hemiplegie davongetragen. Der Fall ist folgender:

Böttcher, 59 Jahre alt, seit 1879 in meiner Beobachtung und Behandlung in der städtischen Männer-Siechen-Anstalt. Syphilis, Alkoholismus

ausgeschlossen. Wegen reiner Ataxie im vorgeschrittenen Stadium aufgenommen. Sehr alter Process. Früher Doppelzehen, Gürtelgefühl, lancinirende Schmerzen. Zur Zeit der Aufnahme und später fehlen diese Symptome. Schleudernder Gang bei Stützengehen; Blasenschwäche, zeitweise Paralyse; Obstipatio alvi stetig. Visceralneuralgien, Sensibilität nicht wesentlich gestört. Gefühl für passive Lageveränderung der Unterextremitäten erhalten. Kniephänomen fehlt.

Bis Juli 1883 keine wesentlichen Veränderungen. Patient liegt stets im Bett. Vor vier Monaten ohne jede äussere Veranlassung apoplectischer Insult schwerer Art. Bewusstseinsstörung, vollkommene Facialparalyse, rechtsseitige Lähmung an Ober- und Unterextremitäten. Bewusstsein in 24 Stunden zurück. Lähmung der Unterextremität geht schon nach 2 Tagen zurück. In Oberextremität tritt Bewegung in den Fingern, Heben des Arms auch bald ein, es bleibt Parese hier und im N. facialis zurück. Sprache normal. Im Bereich der rechten Backenhaut unterhalb der Augen Hyperästhesie, die anhält bis zum Tode. Lebhafte Schmerzen im Bereiche der unteren Bauchgegend, ausstrahlend auf die linke Oberextremität. Lebhafter Kopfschmerz. Abmagerung. Grosse Herzschwäche. Wiederholte Collapszustände. Exitus 10. November 1883.

Section. Fettherz. Arteriosklerose der grossen Gefässe, besonders der Aorta, Hypertrophie des linken Ventrikels. Nicht ganz frische Coagulation von Blut im linken Ventrikel, welche das Herzfleisch stark abgeplattet und die Trabekeln weit von einander gedrängt hat. Endocard überall gesund. Emphysema pulmonum, Cat. bronch. chr. Stauungsleber und Milz; Nieren normal. Geschwulstbildung von Wallnussgrösse an der Peripherie der linken Niere, von fester Kapsel umschlossen, in kleinere Fächer innerlich getheilt, mit gelbem, schmierigem, fettigem Inhalt, welche an der Sitzstelle theils über der Nierenconvexität rund hervorragt, theils Corticalis und Medullaris zerstört hat.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst in der linken Niere stellt fest, dass es sich um eine versprengte Nebenniere handelt. Dura, Pia normal; Basalgefässe sklerosirt; besonders die Art. foss. Sylvii. Hemisphären frei. Ventrikel normal. Centralganglien: nur im linken Linsenkern Veränderung: gelber Erweichungsherd von Erbsengrösse im mittleren und äusseren Segment gelegen. Weiter nach hinten stösst er an die äusere Kapsel. Innere Kapsel frei. Pons, Medulla oblongata normal.

Rückenmark: Tabesbefund, ausgehend von dem Lendentheil. Dort Hinterstränge in ganzer Breite entartet, im Dorsaltheil die äusseren Grenzfasern frei, und weiter nach dem Cervicaltheil zu nur die Goll'schen Stränge degenerirt. —

Bernhardt, Lecocq nehmen an, dass im Verlauf der Tabes, ja auch schon als frühes Symptom des Leidens vorübergehende plötzlich auftretende Hemiplegien und aphatische Zustände auftreten könnten. Der ganze Verlauf derartiger Störungen, ihr schnelles Verschwinden, sprägt gegen das Vorhandensein schwerer Läsionen des Hirns. Lecocq geht weiter. Diese hemiplegischen Insulte, apoplectiforme oder epileptiforme Attacken wären wie bei progressiver Paralyse und Alkoholismus Symptome derselben.

Tabes. Nur selten kamen in solchen Fällen organische Störungen ätiologisch in Betracht. (Syphilis). Selbst in den Fällen, wo sie von zum Tode führendem Comazustand begleitet sind, sollen die Attaquen zum Process der Tabes gehören. Dem gegenüber mahnt mein Fall zur Vorsicht. Der schnell zur Besserung führende, plötzlich aufgetretene, schwere apoplectische Insult hängt nicht von der Tabes, sondern zufällig von Sklerosis vasorum und Fetherz ab. Der hämorrhagische Erweichungsberd im linken Linsenkern erklärt und bedingt die Störung. Wäre Patient am Leben geblieben, so würde sichern nach der Beobachtung die Folge des Insultes bald ganz geschwunden sein, aber die Tabes weitere Fortschritte gemacht haben. Die Fälle von Debove sind ähnlicher Art, also einwurfsvoll. Die zwei Beobachtungen von Bernhardt sind rein, schön beobachtet, und betreffen leichtere Attaquen mit Aphasia. Für diese mag gelten, dass sie zum Tabesprocess gehören. Sicher ist diese Frage aber noch keineswegs gestellt. Mein Fall mit Befund ebenso wie der I. von Debove sprechen dagegen, dass apoplectiforme Anfälle, hemiplegische Insulte zum Tabesprocess gehören.

Die Discussion über diesen Vortrag wird vertagt.

Hierauf stellt Herr Schütz einen Geisteskranken mit totaler Anästhesie vor.

Der seit $1\frac{1}{4}$ Jahren auf der Westphal'schen Abtheilung der Charité behandelte Patient ist ein 23jähriger, mässig schwachsinniger Mann, welcher, nicht wesentlich hereditär belastet, in der Schule schwer gelernt, in seinen Entwicklungsjahren schwere fieberhafte Krankheiten (Typhus, Variola, Intermittens, Nephritis) durchgemacht hat.

Seit einem Jahre leidet er an einer Paranoia mit ängstlichen Hallusionen, namentlich des Gehörs und Gesichts. Eine Gesellschaft junger Leute, mit denen er vor Jahren Streit gehabt, verfolge ihn und trachte ihm nach dem Leben. Er hört, besonders Nachts, warnende Stimmen, sieht die drohenden Gestalten seiner Verfolger, weiss, dass denselben die Macht gegeben ist, ihm das Essen zu vergiften und zwar vermittelst eines „Giftsternes“, welchen er Mittags in den Speisekessel hinfliegen sieht. Häufige Angst, Nahrungsverweigerung, mehrfache Conamina suicidii. — Der Psychose vorhergehend und dieselbe theilweise beeinflussend haben sich bei dem Ptienten Störungen der motorischen und sensoriellen Hirnfunctionen entwickelt.

So bestehen seit vier Jahren eigenthümliche Krampfanfälle, welche in regelmässigen Intervallen bei stets erhaltenem Bewusstsein auftreten und zuerst nur in clonischen Convulsionen der M. recti abdominis bestanden, in den späteren Anfällen auch die Extremitätenmuskeln und die Rumpfstrecker mitbetroffen. Als Aura zeigen sich Unruhe, Angst, bohrender Kopfschmerz, zuweilen auch Gesichtshallucinationen. Nach den Anfällen ist der Patient schreckhaft, weinerlich, unstät und klagt viel über Kopfschmerz.

Was die Sensibilität der Haut und Sinnesorgane anbetrifft, so hat sich seit einem Jahre aus einer auf einzelne Stellen der rechten Körperhälfte beschränkten Analgesie eine zuerst rechtsseitige, dann totale Anästhesie entwickelt. Und zwar zeigen sich alle Empfindungsqualitäten gelähmt. Tast-,

Druck-, Schmerz-, Temperaturgefühl vollständig aufgehoben, die stärksten faradischen Ströme werden nicht gefühlt. Tiefe Sensibilität, Muskelsinn gleichfalls verschwunden. Gleichzeitig hochgradige concentrische Einengung beider Gesichtsfelder (bis zu 5°), linksseitige Taubheit, Geschmacks- und Geruchslähmung. In Folge des vollständig fehlenden Muskelgefühls weiss Patient ohne Controle der Augen nichts von der Lage und Stellung seiner Glieder. Man kann (bei verbundenen Augen) mit ihm alle möglichen Bewegungen vornehmen, ihn z. B. auf einen Stuhl setzen, auf die Erde legen etc., ohne dass er irgend eine Veränderung seiner Lage wahrnimmt. Die activen Bewegungen geschehen stets unter Controle der Augen; beim Gehen sieht er auf den Boden. Sieht er von demselben auf, so ist er nicht im Stande zu gehen. Bei geschlossenen Augen ist es ihm unmöglich, eine active Bewegung auszuführen. Bewegungen, die er nur unvollständig mit den Augen verfolgen kann, sind ungeschickt, langsam, nicht rein atactisch. — Nur am rechten Ohr, an den Lippen und an den Fingern der rechten Hand ist die Sensibilität, an letzteren auch das Lagegefühl intact. Dass die Anästhesien des Patienten nur auf einer functionellen Störung beruhen, beweisen 1. Schwankungen, welche zuweilen spontan in ihrer Ausbreitung eintreten und 2. Transfertexperimente, welche stets ein positives Ergebniss hatten.

In der Discussion fragt Herr Senator den Vortragenden, ob Ataxie vorhanden sei und ob der Kranke, wie der von Strümpell beschriebene, einschlafte, wenn man ihm die Augen schlösse.

Herr Schütz erwidert, dass der Kranke, ohne dass er sieht, überhaupt keine Bewegung ausführe. Seine Fortbewegung im Raume könne man atactisch nennen: er blickt beim Gehen auf den Boden und schwankt. — Bei Augenschluss schlafte er nicht ein.

Herr Moeli macht darauf aufmerksam, dass ja der Kranke excentrisch überhaupt nicht sähe: er bleibt regungslos sitzen, wenn man ihm die Augen verbinde; es sei aber schwer zu entscheiden, ob dies Schlaf sei oder eine Art hypnotischen Zustandes. Enge Pupillen zeige er dabei nie.

Hierauf hält schliesslich Herr Thomsen seinen Vortrag: Ueber das Verhalten des Gesichtsfeldes zum epileptischen Anfall.

Die optische Anästhesie, welche sich perimetrisch als concentrische Einengung des Gesichtsfeldes darstellt, und welche sich häufig mit Störungen der cutanen Sensibilität und der Sinnesorgane vergesellschaftet, ist bislang als fast charakteristisch für Hysterie angesehen worden.

Eine an 28 männlichen und 51 weiblichen Kranken der Irren- und Krampfantheilung der Charité vorgenommene systematische perimetrische Untersuchung hat nun aber ergeben, dass sensorische Anästhesien nicht nur bei Hysterischen, sondern auch bei Epileptischen vorkommen und zwar in einem Zusammenhang mit dem epileptischen Anfall, der als gesetzmässig bezeichnet werden kann, aber nur unter bestimmten Bedingungen.

Die concentrische Gesichtsfeldeinengung (conc. G. F. E.) tritt nicht ein, d. h. das Gesichtsfeld zeigt nach dem Anfall dieselbe normale Ausdehnung wie vor demselben, wenn der Anfall ein rein motorischer Krampfanfall ist,

d. h. wenn sich an denselben weder eine Trübung des Bewusstseins, noch eine Depression der affectiven Sphäre anschliesst.

Die concentrische Gesichtsfeldeinengung, sei es mit oder ohne Störung der cutanen Sensibilität, der Function der übrigen Sinnesorgane (Gehör, Geruch, Geschmack) und des Muskelsinns, findet sich vielmehr nach resp. bei folgenden Zuständen:

1. nach einem epileptischen Anfall, wenn sich an denselben ein hallucinatorisches Delirium anschliesst;

2. nach postepileptischen Dämmerzuständen, Stupor, sogenannter epileptischer Manie u. s. w.;

3. nach fast allen Aequivalenten mit oder ohne Bewusstseinstrübung (Angst- und Beklemmungsanfälle, nächtliches Aufschrecken mit krampfhaften Sensationen, Einnässen, sogenannte motorische und sensible Aura u. s. w.);

4. bei mehr stationären, post-oder interparoxysmellen Zuständen, die das Bewusstsein völlig intact lassen, die aber mit einer Depression und Reizbarkeit der affectiven Sphäre einhergehen. Die Stimmung der Kranken ist eine gedrückte, ihr psychisches Gleichgewicht ist sehr labil, sie klagen fast durchweg über allerlei nervöse Sensationen (Herzklopfen, Zittern, fliegende Hitze, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, dauernden Kopfschmerz und Schlaflosigkeit).

Alle diese Zustände engen das Gesichtsfeld ein — mit ihrem Verschwinden erweitert sich dasselbe allmälig oder rasch (schon in 24 Stunden) wieder zur normalen Ausdehnung.

Die Einengung des Gesichtsfeldes ist stets eine concentrische, nie eine hemianoptische — sie ist oft auf der einen Seite bedeutend erheblicher.

Die concentrische Gesichtsfeldeinengung vergesellschaftet sich meist, aber nicht immer, mit einer Herabsetzung der Sehschärfe. Die Ursache des mit concentrischer Gesichtsfeldeinengung einhergehenden epileptischen Anfalls ist wohl in einer Circulationsstörung der Hirnrinde zu suchen, welche sich erst allmälig ausgleicht, während beim rein motorischen Anfall die Störung sofort nach demselben verschwindet — auf die Rinde weist die stete Mitbeteiligung der Psyche hin.

Recurrirt man aber auf die Rinde (d. h. die Rinde des Hinterhauptsappens), so besteht ein Widerspruch zwischen den anatomischen Befunden, welche als Ursache von Hemianopsie nachgewiesen sind und den eben mitgetheilten perimetrischen Ergebnissen, welche durch vier Krankengeschichten mit den dazu gehörigen Gesichtsfeldtabellen illustriert werden.