

XXVIII.

**Berliner Gesellschaft**

für

**Psychiatrie und Nervenkrankheiten.**

---

**Sitzung vom 9. Januar 1888.**

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als Gäste anwesend:

die Herren: DDr. Durdafi, Sperling, Koch, Flügel.

Der Vorstand und die Aufnahmecommission werden auf Antrag des Herrn M. Meyer durch Acclamation wieder gewählt.

Es wird ferner beschlossen, das jährliche Stiftungsfest am 13. Februar durch ein Diner zu feiern.

Schliesslich ermächtigt die Gesellschaft den Schriftführer, mit Herrn E. Grosser wegen der künftigen Publicationen der Tagesordnung im „Berliner Anzeiger“ Rücksprache zu nehmen.

Sodann stellt Herr Thomsen einen Fall von „traumatischer Reflexpsychose“ vor.

Ein 45jähriger Mann wurde am 5. September 1887 in die Charité aufgenommen, der seit Februar 1887 an Hallucinationen und Wahnideen gelitten hatte und zuletzt gemeingefährlich gewesen sein sollte.

Patient ist erblich belastet, der Vater und ein Bruder Potator, ein anderer Bruder taubstumm. Im Feldzug von 1870 bekam Patient einen Schuss durch den rechten Oberarm (Schussfractur). Seit 1884 traten Schmerzanfälle im rechten Arm auf; dazu traten psychische Verstimmungen und von Februar 1887 an schwere geistige Störungen. Alles geht anfallsweise vor sich: erst treten Schmerzen im rechten Arm auf, die sich mehr und mehr steigern, bis sich Hallucinationen zu ihnen gesellen; der Kranke sieht Büffel, die ihn stoßen, Hunde und andere Thiere, die auf ihn los wollen, Menschen von rothem Aussehen, die er für Mexikaner, oder ihrer rothen blutigen Flecke wegen für ab-

gehäutete Individuen erklärt. Von seiner Frau glaubt er gestossen, aus dem Bett geworfen zu werden und ist dadurch sehr erregt und wiederholt gewaltthätig geworden. In den nächsten Tagen tritt sodann ein deprimirter Zustand ein, Patient äussert, er wolle sich aufhängen, oder er wolle auswandern, bis diese Stimmung mit einer solchen voll Selbstbewusstsein und renommirendem Wesen abwechselt, und endlich hierauf wieder normales Verhalten eintritt.

Im Laufe des Jahres 1887 wurden diese Anfälle allmälig länger und schwerer, die anfangs ganz reinen Intervalle kürzer und unrein. Der Status praesens am 5. November ergab bei dem kräftigen intelligenten Manne eine Narbe am rechten Oberarm, etwa vier Finger breit über dem Olecranon, eine zweite hinter der Achselhöhle; am Knochen verdickte Stellen. Die Muskeln und Nerven am Arme, auch der Nerv. radialis, zeigen keine Störungen ihres Verhaltens.

Im Krankenhouse trat nun am 8. November ein schwerer Anfall ein, ganz in der geschilderten typischen Weise. Dabei war eine Parese des rechten Beines — keine Ataxie — zu beobachten und eine totale Hemianästhesie rechts, genau in der Mittellinie aufhörend, nur am Scheitel etwas nach links übergreifend. Die Anästhesie erstreckte sich auf Cornea, Nasen-, Mund- und Rachenschleimhaut und Gehörgang. Geruch und Geschmack halbseitig geschwunden, dabei subjectiv ein aashafter Geruch und Geschmack. Gesichtsfeld eingeschränkt, rechts viel mehr wie links. Gehör rechts gut, links beinahe Taubheit. Dyschromatopsie.

Nach wiederholten Anfällen wurde am 27. December während eines Intervall von Geheimrath Bardeleben die Narbe excidirt, die sich weder mit dem Knochen, noch mit einem erkennbaren Nervenaste verwachsen zeigte. Danach trat nun am 1. Januar dieses Jahres noch einmal ein leichter Anfall von 24 Stunden ein und im Uebrigen ist Patient bisher gesund geblieben: absolut normales geistiges Verhalten, keine Spur einer sensiblen Störung.

Es beginnt also 15 Jahre nach einer Schussverletzung eine Psychose, deren Anfälle offenbar von der Narbe her ausgelöst werden — ohne Vermittelung epileptischer Zustände — wobei es interessant ist, dass die rechtsseitige Narbe mannigfache Störungen fast nur der rechten Seite (die Kreuzung der Gehörsstörung war inconstant) hervorbringt.

Ob die Heilung durch die Operation eintreten resp. Bestand haben wird, bleibt noch abzuwarten. Von Hysterie kann keine Rede sein, es ist eine Reflexpsychose. (Cf. Charité-Annalen 1888.)

Hierauf hält Herr Remak den angekündigten Vortrag über einen von ihm beobachteten, am Tage vor dem Tode der Nervenklinik überwiesenen und knatomisch von Herrn Oppenheim untersuchten Fall von Bulbärkernerkrankung, dessen Präparate von letzterem demonstriert werden.

Die ziemlich acut einsetzende Paralysis labio-glosso-pharyngea einer 48jährigen Frau, welche innerhalb von vier Monaten zum Tode führte, war klinisch ausgezeichnet durch Lähmung und Atrophie der Lippenmuskeln mit hochgradiger Herabsetzung ihrer elektrischen Erregbarkeit bei fehlender Zungenatrophie, durch Lähmung der Augenschliessmuskeln (Betheiligung des

oberen Facialisabschnittes), so dass von vornherein eine Aehnlichkeit mit der Facies myopathica der hereditären Muskelatrophie bestand. Schliesslich war auch Ptosis vorhanden. Die histologische Untersuchung ergab, dass die Hirnnervenwurzeln durchweg gesund sind, dass dagegen sklerotische Veränderungen mit Ganglienzellenatrophie im Bereich der Hypoglossuskerne, der gemischten Kerne und Facialiskerne vorliegen, während die in ihrem unteren Abschnitte untersuchten Oculomotoriuskerne nichts Pathologisches darbieten. Letzterer Befund spricht wenigstens nicht für die von Mendel auf Grund von Thierversuchen entwickelte Hypothese, dass auch beim Menschen die Kernregion des peripherischen oberen Facialisabschnittes im Oculomotoriuskern zu suchen ist. (Der Vortrag wird in diesem Archiv in extenso veröffentlicht werden.)

In der Discussion kann Herr Oppenheim Herrn Remak nur in einem Punkte nicht zustimmen, indem er sich nämlich nicht für berechtigt hält, aus dem negativen Befunde am Oculomotoriuskern einen Beweis gegen die Mendel'sche Lehre herzuleiten.

Gerade diese Gegend ist nicht in solcher Vollständigkeit untersucht. Da das Gehirn an dieser Stelle bei der Section durchschnitten war, konnte eine complete Serie der Kernregion nicht gewonnen werden. In den Präparaten, welche hergestellt wurden, verhielt sich der Kern allerdings normal.

Herr Mendel meint, hätte die mikroskopische Untersuchung in diesem Falle, wo Ptosis bestand, auch einen negativen Befund, was den Oculomotoriuskern betrifft, ergeben, so hätte Herr Remak, da der Ast für den M. levat. palpebr. super. und den oberen Facialisast doch afficirt waren, schliessen müssen, dass beide nicht aus dem Oculomotoriuskern entsprangen, was er doch wahrscheinlich für den Oculomotoriusast nicht behauptet haben würde.

Schliesslich erwähnt Herr Bernhardt, dass er unter den von ihm beobachteten Fällen von Bulbärparalyse einen beobachtet habe, bei dem die für die Stirn und die Lider bestimmten Aeste des Facialis activ gar nicht und nur reflectorisch (bei Reizung der Binde- und Hornhaut erfolgte Lidschluss) bewegt werden konnten: hier war aber des Oculomotoriusgebiet vollkommen frei geblieben.

## Sitzung vom 9. April 1888.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Moll hielt einen mit Demonstrationen verbundenen Vortrag über: Hypnotismus.

M. H.! Wie ich beobachtet habe, wird von den hiesigen Aerzten sehr häufig übersehen, dass die Hypnose ein psychischer, kein primär somatischer Zustand ist, obwohl diese schon lange von der Nancyer Schule vertretene Auffassung ausserhalb Deutschlands immer mehr und mehr Anhänger gewinnt. Ein psychischer Zustand, wie die Hypnose, kann nun wohl gelegentlich ein-

mal objective Symptome darbieten. Dass dies aber eine Nothwendigkeit sei, scheint mir nicht richtig, wenn dies auch noch an der Unvollkommenheit unserer Untersuchungsinstrumente liegen mag. Jedenfalls haben die bisherigen Untersuchungen nach meinem Urtheil nicht genügt, ein sicheres somatisches Zeichen in dem Sinne festzustellen, dass das Vorhandensein desselben das Bestehen, die Abwesenheit das Fehlen eines hypnotischen Zustandes bewiese. Ich würde mich sehr freuen, wenn es gelänge, ein solches Zeichen zu finden. Aber deswegen, weil wir es noch vermissen, dürfen wir nicht ohne Weiteres von Simulation reden, wie so häufig geschieht. Was würde dann aus der Diagnose der Psychosen, der Railway-spine und vieler anderer Zustände werden, wenn ein objectives Zeichen eine conditio sine qua non wäre?

Bei der Hypnose wird dies vielfach übersehen. Daher kommt es, dass erstens die häufigsten hypnotischen Zustände, die leichten Hypnosen, oft verkannt werden; zweitens Simulationen da angenommen werden, wo es sich um echte Hypnose handelt. Dass auch erfahrene Autoritäten geneigt sind, jene leichten Zustände zu übersehen, ersah ich u. A. aus einer Arbeit des Herrn Prof. Mendel, der als die gewöhnlichsten und häufigsten, am leichtesten hervorzuруfenden Symptome des Hypnotismus folgende bezeichnet: „Erlöschen des Bewusstseins, Flexibilitas cerea in einem die physiologischen Verhältnisse überschreitenden Maasse, allgemeine oder localisierte Krämpfe, Analgesie, sowie nach dem Erwachen Amnesie für die während der Dauer dieses Zustandes stattfindenden Ereignisse. Diese nach Herrn Prof. Mendel so häufigen Symptome sind nach meinen Erfahrungen im Gegentheil nur selten zu beobachten.

Es folgte nun eine Reihe von Demonstrationen der verschiedenen Grade der Hypnosen, von den leichten ausgehend bis zu dem tiefsten Somnambulismus. Die Hypnotisierungsmethode war stets combiniert aus Fixation des Fingers und Suggestion des Schlafes.

Hierbei zeigt sich zunächst Neigung das Auge zu schliessen, dann wirklicher Augenschluss bei erschwerter Oeffnung, endlich absoluter Augenschluss. Bei weiterer Vertiefung der Hypnose treten die kataleptischen Erscheinungen auf. Ich betrachte dieselben mit den Nancyern nach meinen Erfahrungen als Suggestionserscheinung. Diese Suggestionskatalepsie besteht darin, dass die betreffenden Personen die Neigung haben, eine ihren Gliedern resp. dem ganzen Körper gegebene Stellung beizubehalten, sobald sie glauben, dass der Hypnotiseur dieselbe befiehlt. Bei ausgesprochener Katalepsie ist auch die stärkste Willensanstrengung der Versuchsperson nicht im Stande, diese Stellung zu verändern, so lange der Hypnotiseur durch seinen Befehl es verbietet.

Jede Stellung wird natürlich durch Muskelcontraction bedingt. Dass diese functionell mehr leistet als im wachen Zustand, ist nicht nöthig; es kann, aber es muss nicht der Fall sein. Es braucht also eine kataleptische Stellung der Arme keineswegs länger und gleichmässiger zu bestehen, als im wachen Zustande dieselbe Stellung willkürlich beibehalten wurde. Ausserdem genügt ein plötzlich auftretender Reiz (z. B. ein Flohstich und der Versuch zu kratzen), eine derartige Stellung plötzlich zu ändern. Auch das Vergessen an die Verbalsuggestion führt gelegentlich eine Veränderung der Stellung

herbei. Endlich giebt es Fälle, wo ohne sichtbare Ursache plötzlich die Suggestion wirkungslos wird (*mouvement psychique*). Wo die organische Grundlage im Centralnervensystem zu einer solchen Musclecontraction fehlt, tritt auch in der Hypnose eine Katalepsie nicht auf.

Bei den Demonstrationen folgten sodann die automatischen Bewegungen. Ich bemerke, dass dieselben oft dann leichter eintreten, wenn die Versuchsperson dieselben zuerst eine Zeit lang aktiv macht.

Bei all den beschriebenen hypnotischen Zuständen, die die häufigsten darstellen, pflegt weder das Bewusstsein, noch die Schmerzempfindung, noch nach dem Erwachen die Erinnerung zu fehlen.

Was die früheren Formen anbetrifft, bei denen die bekannten Hallucinationen und Illusionen auftreten oder aufzutreten scheinen, so muss man hier zweierlei auseinanderhalten. Es ist nämlich gar nicht selten, dass die Versuchsperson die suggerierte Hallucination gar nicht hat, aber sie zu haben angiebt. Hier wird nur die Antwort suggerirt, nicht die Hallucination als solche. Es tritt in allen Handlungen vollkommener Automatismus ein, ohne dass Hallucinationen wirklich suggerirt werden. Diese Fälle erregen leicht den Verdacht der Simulation, weil jede Affectäusserung fehlt. Gestützt auf zahlreiche Erfahrungen muss ich diesen Zustand als einen echten hypnotischen bezeichnen. Diese eigenthümliche Form der Hypnose tritt bald leicht, bald schwer ein. Häufig besteht die Versuchsperson einen schweren inneren Kampf, der sich in den Gesichtszügen sowie im ganzen Körper wiederspiegelt, ehe die suggerierte, als unsinnig erkannt, Antwort gegeben wird. Als ein Mittel, in einzelnen Fällen diesen Automatismus herbeizuführen, erwähne ich Folgendes: Sobald die Versuchsperson geneigt ist, viel zu widersprechen und „nein“ zu antworten, während der Hypnotiseur die Antwort „ja“ suggerirt, so mache dieser mit dem Kopfe der Versuchsperson einige passive nickende Bewegungen. Nicht selten wird alsdann der Widerspruch aufhören und die gewünschte Antwort „ja“ wird gegeben werden.

Bei den Demonstrationen wurde der Gegensatz eines Individuums, dem nur die Antwort ja und demjenigen, dem die Hallucination als solche suggerirt wird, gezeigt. Das letztere war äusserst suggestibel und konnte durch Suggestion in die Rolle Friedrichs des Grossen, Napoleons, eines Katers, eines Frosches, eines Teppichs verwandelt werden. Uebrigens traten Veränderungen der Handschrift bei der Veränderung der Persönlichkeit nicht ein, wie ich bei früheren Versuchen mit Herrn Max Dessoir feststellte.

Was die Simulationen betrifft, so erwähne ich noch Folgendes: Kein einzelnes Symptom genügt die Simulation zu beweisen. Nur die Berücksichtigung des Gesamtbildes gewährt dem geübten Experimentator ziemliche Sicherheit. Im Lachen einer hypnotisirten Person vermag ich im Gegensatz zu manchen Collegen einen Beweis für Simulation nicht zu finden. Es kommt vielen Hypnotirten ihre Situation sehr lächerlich vor. Ebenso wenig lassen

starke Zitterbewegungen bei dem Versuch der Suggestionskatalepsie, noch auch zu kurze Dauer derselben, wenn andere Beweise fehlen, auf Simulation schliessen. Selbst das nachherige Eingeständniß der Versuchsperson, sie habe simulirt, beweist keine Simulation, wie ich durch einen Fall genauer begründete. Die gebildetste Versuchsperson kann leider nicht immer ihre eigenen psychischen Vorgänge richtig würdigen und ist Selbsttäuschungen leicht ausgesetzt.

Es kommt übrigens auch der Fall vor, dass eine Person in Hypnose ist und dennoch simulirt, oder dass die anfangs echten hypnotischen Erscheinungen nach dem spontanen Erwachen simulirt werden.

### Sitzung vom 14. Mai 1888.

Vorsitzender: Herr Westphal.  
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als Guest anwesend:

Herr Dr. Landgraf,

Herr Dr. Thomsen wird zum auswärtigen Mitgliede erwählt.

Vor der Tagesordnung demonstrierte Herr Krontal einen mit Syringomyelie des Marks complicirten Fall von Tumor des Rückenmarkes.

Ausführliche Mittheilung wird später nach Härtung und genauerer Untersuchung des Präparates erfolgen.

Hierauf hielt Herr Siemerling den angekündigten Vortrag: „Statistisches und Klinisches zur progressiven Paralyse der Frauen“.

An der Hand des Beobachtungsmaterials von der Irrenabtheilung der Charité giebt S. eine statistische Zusammenstellung der Paralysen beim weiblichen Geschlecht. Die Resultate der einzelnen Gesichtspunkte lassen sich kurz dahin zusammenfassen: Die Anzahl der an progressiver Paralyse erkrankten Frauen, welche im Zeitraum von 1880—1886 in der Charité Aufnahme gefunden haben, verhält sich zu der Anzahl der wegen gleicher Erkrankung in derselben Zeit aufgenommenen Männer wie 1 zu 3,3. Die Aufnahmebedürftigkeit der an progressiver Paralyse erkrankten Frauen aus den mittleren und unteren Ständen zeigt für die letzten Jahre (seit 1880) im Vergleich mit der weiblichen Bevölkerungszunahme in Berlin eine Abnahme. Bezüglich des Alters ergiebt sich, dass das prädisponirte Alter für die Paralyse in die Jahre zwischen 36 und 40 fällt. Der Ausbruch der Erkrankung, ebenso wie die Aufnahmebedürftigkeit fällt in den letzten Jahren von 1882—1886 mit einem jugendlicheren Alter zusammen, als dieses in den Jahren von 1877—1881 der Fall war. Das grösste Contingent zur progressiven Paralyse stellen die Verheiratheten. Unter den Unverheiratheten sind die Puellæ publicæ nur mit einem Procentsatz von 6 betheiligt. Mehr als diese Puellæ sind von der

Krankheit befallen Personen, welche längere oder kürzere Zeit als Femmes entretenes gelebt haben. Für die Aetiologie ergibt sich, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ätiologische Momente nachzuweisen sind. Unter diesen spielen weder die gehäuften oder schweren Entbindungen, noch Unregelmässigkeiten in der Menstruation, noch das Klimacterium eine hervorragende Rolle. In erster Linie unter den veranlassenden Ursachen stehen Schädlichkeiten, welche ihre Begründung in ungünstigen sozialen Verhältnissen, in dem erschwertem Kampfe um's Dasein finden. Erst nach diesen gruppieren sich die übrigen Momente, unter welchen die Lues und Heredität voranstehen.

Von den somatischen Symptomen werden die reflectorische Pupillenstarre und das Verhalten der Kniephänomene (Insonderheit das Westphal'sche Symptom) als Frühsymptome der Paralyse, welche bei der verhältnismässig geringen Ausbildung der übrigen, wie Sprachstörung und geistige Schwäche, die Diagnose sichern können, einer Würdigung unterzogen. In 64 pCt. der Fälle war eine fehlende Lichtreaction zu verzeichnen. Westphal'sches Symptom liess sich in 20 pCt. nachweisen, in Verbindung mit reflectorischer Pupillenstarre in 25 pCt.

Der klinische Verlauf der progressiven Paralyse wird kurz skizzirt. In Uebereinstimmung mit den übrigen Autoren nimmt S. für die progressive Paralyse der Frauen einen ruhigeren Verlauf als bei den Männern an. Die apathische Demenz mit leichtem Stimmungswechsel beherrscht von vorne herein in den meisten Fällen das Bild und verleiht auch dem weiteren Verlaufe der Erkrankung ein charakteristisches Gepräge.

Was die Dauer des Verlaufes anlangt, so berechnet sich diese für 101 Gestorbene von Eintritt in die Anstalt an auf 1,4 Jahre. vom Beginn der Erkrankung an auf  $2\frac{1}{2}$  Jahre.

In der Discussion bemerkt zunächst Herr Jensen, dass in Allenberg (Ostpreussen) 22 weibliche Paralytiker auf 208 männliche kamen; von diesen 22 war nur eine Person in relativ früher Lebenszeit, die anderen alle erst in späteren Jahren erkrankt.

Eine Abnahme der Paralyse bei Frauen kann Herr Sander nicht finden; Herr Siemerling selber hätte ja statt des sonst angenommenen Verhältnisses von 1 : 5 oder 4, 1 : 3 gefunden.

Herrn Moeli überrascht die von dem Vortragenden angegebene kurze Krankheitsdauer. Häufiger als bei Männern fände man bei Frauen, ohne dass gröbere Insulte (apoplectiforme Anfälle) vorausgegangen wären, Tage lang andauernde Unruhe und Verwirrtheit: sie „suchten“ immer etwas. Die Kranken könnten sich nachher vollkommen erholen und durchaus wieder auf das frühere Niveau ihres Zustandes gelangen.

Herr Mendel meint, dass in mehr Fällen als den vom Vortragenden angegebenen 11 pCt. Lues vorläge. Fünf mal sah er Mann und Frau gleichzeitig erkrankt, bei beiden Ehegatten bestand Syphilis. Als sehr frühes Zeichen der Erkrankung ist nach M. das Vorhandensein des Westphal'schen Zeichens anzusehen.

Herr Siemerling bestätigt die Moeli'schen und Mendel'schen Beobachtungen; was die Zahl der an Paralyse erkrankten Frauen beträfe, so seien im gleichen Zeitraum 1262 Männer und 347 Frauen als an Paralyse erkrankt aufgenommen; es ergäbe dies das mitgetheilte Verhältniss von 1 : 3,5.

Dreimal hat auch Herr Westphal Paralyse bei Mann und Frau gesehen, aber nur einmal konnte Syphilis constatirt werden; bei den beiden anderen Parteien bestanden die allerehrendesten socialen Verhältnisse.

Hierauf stellte Herr Bernhardt einen Kranken vor, der nach einem Fall auf das Gesäss eine vollkommene Lähmung der Blase und des Mastdarms mit Anästhesie dieser Theile und aller der vom 3.—5. Sacralnerven innervirten Partien zeigte.

Beweglichkeit und Sensibilität, sowie Reflexphänomene der unteren Extremitäten vollkommen intakt.

Interessant war das Bestehenbleiben der Libido und Voluptas coëundi, sowie das Zustandekommen der Erection neben der Unfähigkeit, den Samen wegen Lähmung der Mm. bulbo- und ischio-cavernosi zu ejaculiren.

Eine ausführliche Mittheilung wird anderen Orts erfolgen.

Schliesslich hielt Herr Oppenheim den angekündigten Vortrag: Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis.

O. berichtet über zwei von ihm untersuchte Fälle von Tabes dorsalis, welche bemerkenswerthe Erscheinungen boten. In dem ersten hatten sich neben den gewöhnlichen Symptomen Störungen entwickelt, welche auf eine Beteiligung des Quintus, sowie der Vagus-, Accessorius-, Glossopharyngeus-Gruppe hinwiesen. Es bestanden nämlich Parästhesien und Sensibilitätsstörungen im Gesicht, ferner Beschwerden beim Kauen und Schlucken, krampfhafte Brech- und Hustenanfälle, Stimmbandlähmung, Schlingkrämpfe und Beschleunigung der Pulsfrequenz.

Es fanden sich ausser der Hinterstrangdegeneration folgende Veränderungen: Atrophie der aufsteigenden Quintuswurzel beiderseits in ganzer Ausdehnung, des Solitärbündels (der aufsteigenden Wurzel des gemischten Systems) beiderseits, während die Kerne des Vagus und Accessorius normales Verhalten zeigten; Atrophie der intrabulbären Wurzelsäsern des Vagus, Accessorius und Glossopharyngeus, auch der austretenden Wurzeln; ausserdem nun eine starke Entartung der peripherischen Zweige, besonders der Laryngei recurrentes und des Glossopharyngeus (auffällig war dabei eine erhebliche Perineuritis dieser Nerven), während der Laryngeus superior sich unverändert zeigte.

Aus der Geschichte des zweiten Falles ist besonders hervorzuheben, dass starke Störungen in beiden Quintusgebieten und beträchtliche Ataxie der Gesichtsmuskeln bestand. — Aus dem Ergebniss der Obduction und mikroskopischen Prüfung: Die Degeneration der aufsteigenden Quintuswurzeln und der Corpora restiformia.

Die mikroskopischen Präparate von beiden Fällen wurden demonstriert.

Eine ausführliche Publication wird erfolgen.

## Sitzung vom II. Juni 1888.

Vorsitzender: Herr W. Sander.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

In der Discussion zu dem in der vorigen Sitzung von Herrn Bernhardt gehaltenen Vortrage, bespricht Herr Oppenheim unter Demonstration der mikroskopischen Präparate einen Krankheitsfall, in welchem sich nach einem Sturz aus der Höhe eine Lähmung der Blase und des Mastdarms und eine Anästhesie im Bereiche des Plexus pudendo-haemorrhoid. entwickelt hatte, bei fast vollständig erhaltener Motilität und Sensibilität der unteren Extremitäten. Es fand sich eine Infraction des ersten Lendenwirbels sowie eine Myelitis und Hämatomyelie, die sich fast vollständig auf den Conus medullaris beschränkte, während in der Lendenanschwellung nur noch die aufsteigende Degeneration der Goll'schen Stränge bestehet.

Der Krankheitsfall wird ausführlicher beschrieben werden.

Darauf berichtet Herr Remak in Bezug auf den von Westphal beschriebenen Fall von Sensibilitäts- und Motilitätsstörung im Gebiete des Plexus pudendus und coccygeus med. Bei absoluter Incontinentia vesicae et alvi war die Anästhesie bei der syphilitischen Frau genau so begrenzt, wie in dem soeben mitgetheilten Falle. Dennoch war bei der Obduction das Rückenmark selbst ganz intact und wurde erst nach Aufsägung des Sacralcanals eine gummös-käsig Menigitis ermittelt, welche unterhalb des Niveaus des ersten Sacralloches die Nerven der Cauda equina, von welcher die Wurzeln des Plexus ischiadicus schon oberhalb abgegangen sind, einhüllte. Es kann also auch ohne cerebrale Erkrankung des Centrum ano-vesicale ein gleicher Symptomencomplex zu Stande kommen, wenn dieser unterste Abschnitt der Cauda equina verletzt wird. Das könnte sehr wohl durch einen Bluterguss in den Sacralcanal z. B. durch Sturz auf die Gesäßgegend sich ereignen, mit und ohne Verletzung des Knochens.

An der Discussion über den in der vorigen Sitzung von Herrn Oppenheim gehaltenen Vortrag betheiligt sich zunächst Herr Bernhardt durch Vorstellung eines 36jährigen an Tabes leidenden Mannes.

Conditor G . . . Der Mann war seiner Angabe nach niemals syphilitisch gewesen: Tripper wird zugegeben. Er hat zwei gesunde Kinder, seine Frau hat niemals fehlgeboren. Als Grund seines jetzigen Leidens giebt er Erkältungen an, denen er sich bei seinen Arbeiten in Kellerräumen ausgesetzt habe.

Eine im Sommer 1886 aufgetretene Störung der Sehfunction (Doppelsehen) ist zur Zeit nicht vorhanden. Seine Klagen beziehen sich jetzt vorwiegend auf einen Druck in der Magengegend, Ubelkeiten und zeitweiliges Erbrechen. Potator ist er nicht.

Patient geht leidlich, ohne besondere Ataxie, schwankt etwas bei aneinandergestellten Füssen und Augenschluss. Sensibilität an den unteren Extremitäten bei objectiver Prüfung nicht gestört, trotz vorhandenen subjectiven

Taubheitsgefühls. Er wird leichter müde, als früher; die Kniephänomene fehlen (auch bei Anwendung des Jendrassik'schen Kunstgriffs). In den Händen besteht ein starkes Taubheitsgefühl: Zuknöpfen geht nur schwer von Statten; trotzdem werden (bei Augenschluss) vorgenommene Lageveränderungen gut wahrgenommen, und kleine in die Hand gelegte Gegenstände durch Tasten sofort erkannt und Stiche als schmerhaft empfunden.

Lancinirende Schmerzen fehlen. Die Blasenentleerung ist oft erschwert, keine Secessus insci; Stuhl regelmässig; Potenz vorhanden, Libido coëundi vermindert.

Pupillen ungleich, beide eher weit, die rechte grösser, als die linke, reagiren träge auf directen Lichteinfall. Sehvermögen, Augenbewegungen zur Zeit intact.

Die Zunge wird gerade hervorgestreckt, ist nicht atrophisch.

Im ganzen Gesicht, speciell an Lippen und Wangen besteht ein Gefühl des Dick- und Geschwollenseins: Von der Stirn her über beide Wangen bis zum Kinn hin, dem Laufe des Unterkiefers folgend, hat Patient dauernd ein bandartiges Gefühl, wie als hätte er eine Kappe (masckera tabetica der Italiener). Die Prüfung des Geschmackssinns zeigt denselben für die verschiedenen Qualitäten intact: Berührungen, Striche, Stiche etc. werden überall am Gesicht, den Schleimbäuten, der Augen, der Nase, des Mundes empfunden. Dennoch giebt Patient an, dass er z. B. beim Trinken warmer Flüssigkeiten aus einer Tasse nicht im Stande sei, die Tasse als solche mit seinen Lippen zu fühlen; ferner empfindet er Schwierigkeiten beim Sprechen (speciell bei Aussprache von Lippenbuchstaben). Sehr oft passirt es ihm, dass beim Essen die Bissen dem Munde entfallen, da er nicht genau fühlt, wo sie sich gerade befinden.

Mund fast zahnlos: ob an eine trophische Störung zu denken, erscheint wegen des Berufes des Kranken etwas zweifelhaft, da seiner Aussage nach die meisten Collegen (Conditoren), wie es bei ihm selbst der Fall war, wirklich schlechte (cariöse) Zähne haben.

Die Distanzen, in welchen die beiden Spitzen des Weber'schen Tasterzirkels bei unserem Kranken noch als eine empfunden werden, betragen:

Volarfläche des Nagelglieds der Finger: 3 Mm. (normal 1 Mm.),

Rothe Oberfläche der Lippen: 15 Mm. (normal 2 Mm.),

Nasenspitze: 10 Mm. (normal 3 Mm.),

Zungenrücken: 20 Mm. (normal 4 Mm.),

Aeussere Oberfläche der Lider: 15 Mm. (normal 5 Mm.),

Zahnfleisch: 25 Mm. (normal 9 Mm.).

Unzweifelhaft sind also in diesem Falle die sensiblen Nerven des Kopfes und Gesichts, vorwiegend des Trigeminusgebiets, sei es central, sei es peripherisch, in ihren normalen Functionen bedeutend gestört.

Herr Remak hat analoge Erscheinungen im Trigeminusgebiete bei Tabes ausser in diesem auch von ihm zeitweilig beobachteten Falle noch in mehreren Fällen gesehen. Gelegentlich ist aber auch der Geschmack betheiligt. So klagte ein kürzlich von ihm untersuchter 70jähriger Patient, bei welchem

sich eine anomale Tabes zuerst nur in den Oberextremitäten entwickelt hatte, und erst kürzlich das Kniephänomen geschwunden ist, darüber, dass der feine Wohlgeschmack verloren wäre, z. B. Spargel geschmacklos wäre. In einem anderen Falle beobachtete Herr R. Verlangsamung der Geschmacksempfindung.

Des Weiteren stellt Herr Remak einen Fall von posthemiplegischer Athetosis mit rhythmischen Zuckungen des Platysma myoides vor.

Der jetzt 39jährige Patient, Vater von fünf gesunden Kindern, ist seit dem Alter von 18 Monaten linksseitig gelähmt. Als er vor zwei Jahren zuerst zur Beobachtung kam, bestand bei mässiger Verkürzung des linken Arms (71 Ctm. links, 74 Ctm. rechts) eine linksseitige Hemiparese ohne Beteiligung des Facialis, welche besonders stark die Daumenstrekker betraf, mit leichter Contractur und Steigerung der Sehnenphänomene. Er hatte stets schwere Arbeit in der Gasanstalt leisten können. Damals waren keine Spontanbewegungen vorhanden. Die Diagnose wurde auf eine cerebrale Kinderlähmung, wahrscheinlich auf Grund eines encephalitischen Prozesses gestellt. Krämpfe waren, so lange Pat. denken konnte, niemals vorgekommen. Dass eine grössere Steifigkeit in der letzten Zeit erst eingetreten wäre, schien zunächst unglaublich, um so mehr, als einige galvanische Behandlungen die Motilität besserten.

Als Pat. Ende April d. J. wiederkam, war der Zustand wesentlich verändert. Er hatte im Mai v. J. Kopfschmerzen und Schwindel bekommen und Zunahme der Lähmung des Beines bemerkt. Als er damals auf die Nervenklinik der Charité kam, wurden schon die jetzt vorhandenen Zuckungen links am Halse constatirt. Im October v. J. fiel er unter Schwindel um und war einige Zeit bewusstlos. Ein ähnlicher Anfall ohne Krämpfe im März d. J. Dazwischen ein Anfall von Verwirrtheit mehrere Stunden lang.

Man constatirt auf der Höhe des Schädels links von der Sagittalnaht im Bereich des hinteren oberen Winkels des Scheitelbeins einen Defect des Knochens unter einer Narbe, von deren Existenz er bis zum neuerdings erfolgten Haarausfall nichts gewusst hat. Schmerhaft ist die Percussion hier nicht. Lähmungen von Cerebralnerven oder Sprachstörung fehlen. Ophthalmoskopischer Befund: Pupillarreaction, Augenbewegungen normal. Keine Hemianopsie. Die Contraction des linken Arms ist sehr viel stärker geworden, auch noch während der jetzigen Beobachtung. Die Finger sind meist geschlossen, können nur unter Anstrengung unvollkommen gestreckt werden und treten dann fangarmartige langsame Greifbewegungen derselben auf, durch welche z. B. die eingelegte Hand absatzweise und abwechselnd umklammert wird. Seltener sieht man unregelmässige Zuckungen im Oberarm. Davon ganz unabhängig sind permanente rhythmische, klonische Zuckungen des linken Platysma myoides aufwärts bis zur Höhe des Zungenbeins, welche an Intensität und von einer Frequenz von 96 in der Minute bei der Aufnahme im April bis zu einer solchen von jetzt 120 zugenommen haben. Auch erschlafft jetzt das Platysma nicht mehr ganz, sondern es bleibt ein tonischer

Krampf zwischen den Einzelzuckungen zurück. Diese sollen im Schlaf nicht aufhören, betheiligen aber niemals die Gesichtsmuskulatur, auch nicht in den Kinnmuskeln, welche als Fortsetzung des Platysma angesehen werden. Willkürliche Bewegungen des Armes sind durch die Contractur behindert und verlangsamt und werden durch die Athetosis gestört. Mit Ataxie oder Chorea hat dieselbe hier nicht die geringste Aehnlichkeit. In der linken Unterextremität bestehen ebenfalls unregelmässige geringere Spontanbewegungen der Oberschenkelmuskeln und Athetosisbewegungen der Zehen. Die Hautsensibilität und auch das Lagegefühl der Glieder, z. B. der Fingergelenke, ist ungestört. Es handelt sich also um eine Spätform der posthemiplegischen Hemiathetosis, welche auf einen Reizungszustand, sei es des Rindencentrums oder wahrscheinlicher des dem Sehhügel benachbarten Theils der inneren Kapsel, ausgehend von dem alten encephalitischen oder parencephalitischen Defekt zurückgeführt werden muss. Bemerkenswerth ist die Integrität der Sensibilität und die Combination mit neuerlichen epileptiformen Anfällen und einem epileptischen Aequivalent.

Ganz besonders ausgezeichnet ist aber dieser Fall von posthemiplegischer Athetosis dadurch, dass die Zuckungen sich nicht beschränken auf die Extremitätenenden, sondern von vornherein sehr auffällige rhythmische einseitige Platysmazuckungen beobachtet wurden. Das Platysma myoides betheiligt sich gern an verschiedenen diffusen Krampfformen, so bei hysterischen und epileptischen Krämpfen, auch bei corticaler Epilepsie, dann bei der Chorea electrica \*). Von den localisierten Krampfformen greift der den oberen Facialisabschnitt bevorzugende sogenannte idiopathische Facialiskrampf nur selten auf das Platysma über, während in einem früher beschriebenen Fall von Hypoglossuskrampf \*\*), welcher zeitweilig das untere Facialisgebiet betheiligte, dann auch Zuckungen des Platysma verzeichnet wurden. In diesem vorgestellten Falle complices nun einseitige, streng auf die unteren beiden Drittel des Platysma localisierte clonische und tonische Krämpfe eine ausgesprochene Hemiathetosis, ohne dass das Facialisgebiet irgendwie sonst betheiligt ist. Es sind deshalb die Innervationsverhältnisse des Platysma von Interesse. Während sein oberer submaxillarer Abschnitt nach der übereinstimmenden Angabe der Anatomen jedenfalls durch den Subcutaneus colli superior aus dem Facialis versorgt wird, soll noch nach Henle der mittlere und untere Theil durch die Nn. subcutanei colli inferiores aus der dritten Cervicalwurzel innervirt werden. Demgegenüber hat K. Bardeleben 1879 in einer Arbeit die Ansicht vertreten, dass das ganze Platysma vom Facialis versorgt wird. Mit dieser Ansicht ist der vorliegende Fall nur schwer vereinbar, weil der Facialis und selbst der obere Platysmaabschnitt ganz unbetheiligt sind. Man müsste denn annehmen, dass der präsumptive Reizzustand

\*) Vergl. E. Remak, Zur Pathologie und Therapie localisirter Muskelkrämpfe. Berl. klin. Wochenschr. 1881, S. 292.

\*\*) E. Remak, Ein Fall von Hypoglossuskrampf. Berl. klin. Wochenschrift 1883, S. 514.

nur ganz isolirt denjenigen Theil des Rindencentrums des Facialis oder der centralen Facialisfaserung mit betroffen hat, welcher dem Platysma entspricht.

In der Discussion zu diesem Fall fragt Herr Mendel, ob sich am Schädel des Kranken etwa eine von Zangendruck herrührende Narbe befände, was Herr Remak verneint.

Auf die Frage des Herrn Bernhardt über das Verhalten der Mitbewegungen an der gelähmten und intacten Extremität, bemerkt Herr Remak, dass sie zum Theil vorhanden seien.

Herr Oppenheim hält den von Remak gezogenen Schluss in Bezug auf die Innervation des Platysma nicht ganz für gerechtfertigt, da auch bei corticaler Epilepsie nur einzelne Muskeln (z. B. der Extensor hallucis longus) in krankhafte Zuckungen gerathen könnten.

Zum Schluss hält Herr Wollenberg einen Vortrag über „psychische Infection“, der anderen Ortes demnächst ausführlich bekannt gegeben werden soll.

### Sitzung vom 9. Juli 1888.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Vor Eintritt in die Tagesordnung stellt Herr Mendel zwei Knaben, Brüder, von 13 und 12 Jahren vor, deren Grossmutter und Onkel (väterlicherseits) geisteskrank waren. Keine Syphilis oder Alcoholismus bei den Eltern; 6 jüngere Geschwister gesund, ein älterer Bruder starb 8 Tage alt an Krämpfen.

Seit dem 2. Lebensjahre bestehen bei beiden Knaben Sehnervenatrophie, Nystagmus, Choreabewegungen im Gesicht und den Extremitäten, der Zunge, welche der ältere Knabe gut, der jüngere nur wenig über die Zahnreihen hinaus bringt.

Die motorische Kraft ist vermindert, Bewegungen, der Gang ungeschickt. — Beide zeigen die Kniephänomene lebhaft, Fussklonus besteht links nur bei dem älteren. Ataxie, Sensibilitätsstörungen fehlen. — Während der jüngere geistig normal erscheint, ist der ältere entschieden schwachsinnig. — Die Sprache dagegen ist wieder beim älteren fast normal, beim jüngeren aber deutlich scandirend.

Es liegt nach M. weder die Friedreich'sche Krankheit, noch multiple Sklerose vor, am ehesten könne man an die Huntington'sche Chorea denken, obgleich das Vorhandensein der Opticusatrophie damit nicht übereinstimme.

In der Discussion betont Herr Oppenheim, dass er Ataxie nicht ausschliessen möchte, was aber Herr Mendel verneint.

Hierauf hält Herr Westphal den angekündigten Vortrag: „Ueber einen Befund der Augenmuskeln bei Ophthalmoplegie“.

In einem schon früher besprochenen Fall von Kern- und Nervenatrophie der Augenmuskeln waren diese dünn und gelblich verfärbt befunden worden. Die Querschnitte der Muskeln zeigten aber neben einer starken Bindegewebs-

entwicklung eine sehr auffallende Volumszunahme, die Muskelsubstanz war entartet. In einem anderen ähnlichen Falle fanden sich auch die hypervoluminösen Muskelbündel: auf dem Querschnitt nahmen diese aber nur die Mitte des Sarkolemmaschlauches ein, ein heller Ring umgab sie, dessen Inhalt nicht näher zu eruiren war.

Nach Herrn Benda bestand derselbe wahrscheinlich aus Sarkoplasma mit Kernen, wie dies bei degenerierenden Froschlarvenschwänzen beobachtet sei.

Herr Westphal hat Kerne nicht sehen können.

Hierauf hielt Herr Benda den angekündigten Vortrag: „Ueber ein neues Härtungsverfahren des Centralnervensystems mit Demonstrationen.“

Die Härtungsmethode ist bereits im Centralbl. f. die medic. Wissensch. 1888, No. 26, beschrieben worden.

Um Serienschnitte anzufertigen, sei die Methode nicht geeignet, auch kommen die Weigert'schen Fasersysteme durch sie nicht zur Darstellung. Nach Fritsch seien diese Weigert'schen Fasern nicht nervöser Natur. Sehr gut aber erkenne man mit seiner Methode den Unterschied zwischen chromophilen und chromophoben Zellen.

In der Discussion hebt Herr Westphal hervor, dass Weigert selbst nicht behauptet habe, mit seiner Methode das Nervenmark zu färben.

Auf die Frage des Herrn Siemerling, wie sich längere Zeit nach dem Tode entnommene Stücke verhielten, antwortet Herr Benda, dass das Wesentliche seiner Methode allerdings die Conservirung der lebenden Organe sei.

Nach Herrn Oppenheim giebt die Weigert'sche Färbungsmethode doch jedenfalls Aufschluss über etwaige atrophische Zustände der Fasern in der weissen Substanz, auch dürfe man die Methode nicht in fehlerhafter Weise und überhaupt nicht nur eine Methode anwenden.

Auf die Frage des Herrn Siemerling über die Anwendbarkeit der Benda'schen Methode zur Untersuchung der Hirnrinde, antwortet Herr Benda, dass bei Thieren sich die basalen Fortsätze der Pyramidenzellen wohl färben, man aber sonst nur wenige Fasern sehe.

Hierauf stellen Herr Gluck und Herr Bernhardt einen Fall von traumatischer Radialislähmung vor, welcher durch secundäre Nervennaht (suture à distance) geheilt wurde.

Die ausführliche Publikation erfolgte inzwischen in der Berl. klinischen Wochenschrift 1888, No. 45.

---