

XX.

**Ueber die Diagnose der partiellen Empfindungslähmungen,
insbesondere der Tastsinnlähmung (Drucksinnlähmung,
Apselaphesie).**

Von Dr. Eigenbrodt, prakt. Arzt in Darmstadt.

Vortrag, gehalten in der Versammlung mittelrheinischer Aerzte den 22. Mai 1861
in Frankfurt a. M.

Meine Herren! Es war in der letzten Versammlung vorigen Jahres meine Absicht gewesen, Ihnen über einen Fall von Tastsinnlähmung bei vollständiger Erhaltung des Wärmesinnes zu berichten, gestatten Sie mir heute Ihnen kurz die Ergebnisse mitzuteilen, welche mir eine genauere Analyse dieses, sowie einer Reihe anderer Fälle von Rückenmarkserkrankungen geliefert hat. Ich wünsche Ihre Aufmerksamkeit auf die, von den praktischen Aerzten im Allgemeinen wenig beachteten, unvollständigen Anästhesien zu lenken, weil ich glaube, dass ein genaueres Studium dieser Krankheitssymptome für eine frühzeitige Diagnose mancher Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten nicht ohne praktischen Nutzen sein wird. Denn jene anästhetischen Erscheinungen pflegen nicht selten den paralytischen längere Zeit vorauszugehen.

Bei der Untersuchung dieser unvollständigen Anästhesien habe ich die Erfahrung gemacht, dass in den meisten Fällen keineswegs sämmtliche Gefühlsvermögen der Haut in gleichem Grade herabgesetzt sind. Es kommt z. B. nicht selten vor, dass der Tastsinn fehlt, oder im hohen Grade beeinträchtigt ist, während das Schmerz- und Temperaturregeln vollständig erhalten ist. Verschiedene Autoren haben auch sogenannte Analgesie beobachtet. Sie fanden den Tastsinn erhalten, während das Schmerzgefühl fehlte. Ich war bis jetzt noch nicht so glücklich, einen solchen Fall beobachten zu können. Der mehr oder weniger vollständige Mangel

des Tastsinnes kommt dagegen bei Rückenmarkserkrankungen weit häufiger vor, als man dies bisher angenommen hat. Da neben dem Mangel des Tastsinns der Wärmesinn und das Schmerzgefühl nicht selten nur sehr wenig oder auch gar nicht beeinträchtigt sind, so werden solche Fälle meist einfach als unvollständige Anästhesien bezeichnet. Mittlere und geringe Grade von Herabsetzung des Tastsinns werden meistens ganz übersehen.

Ausser den verschiedenen Arten von Gefühlsvermögen in der Haut, müssen wir bei der Untersuchung solcher unvollständigen Anästhesien auch das Gefühlsvermögen prüfen, welches von E. H. Weber Muskelsinn genannt worden ist. Der Tastsinn wird ja bekanntlich durch den Muskelsinn wesentlich unterstützt, und der Letztere verleiht uns bei der Schätzung von Gewichten eine weit grössere Schärfe. Es ist eine längst anerkannte Erfahrung, dass die Herabsetzung des Muskelsinns in den Anfangsstadien mancher Rückenmarkskrankheiten wesentlich zur Unsicherheit des Ganges beiträgt. Die Herabsetzung des Muskelsinns ist jedoch nicht immer das erste Symptom. Ich habe bis jetzt in zwei Fällen Mangel des Tastsinns bei vollständiger Erhaltung des Muskelsinns constatirt. In dem einen dieser Fälle bestand dieses Verhalten nur an dem rechten Fusse, am linken war ausser dem Mangel des Tastsinns auch der Muskelsinn bereits herabgesetzt.

Die Diagnose in Bezug auf das Bestehen oder Fehlen der verschiedenen Gefühlsvermögen der Haut und des Muskelsinns, lässt sich nicht ohne eine methodisch durchgeföhrte Untersuchung stellen. Ich erlaube mir Ihnen die Methoden mitzutheilen, welche ich für die förderlichsten in der Praxis halte, und beziehe mich hier vorzugsweise auf die Tastsinnlähmung, weil gerade diese bisher am häufigsten übersehen worden ist. Der Grund, weshalb dies geschehen ist, scheint zum Theil darin zu liegen, dass viele Beobachter stillschweigend vorausgesetzt haben, der Tastsinn und der Wärmesinn verminderten sich und verschwänden stets gleichzeitig. So hat z. B. Türk, in seinem Aufsatz über Anästhesie und Hyperästhesien *), eine in warmes Wasser getauchte Compresse als diagnostisches Prüfungsmittel aufgeführt, um zu bestim-

*) Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Aerzte. Nov. 1850.

men, ob eine Hautstelle anästhetisch sei oder nicht. Diese stillschweigende Voraussetzung lag sehr nahe, man betrachtete den Wärmesinn nur als ein besonderes Vermögen des Tastsinns. Druckempfindungen und Temperaturempfindungen wurden als zwei dem Tastsinn eigenthümliche Arten von Empfindungen angesehen. Man sagte: der Tastsinn ist theils Drucksinn, theils Wärmesinn, und ausserdem kommt demselben noch als drittes Vermögen der Orts Sinn zu. Diese Anschauung basirt sich hauptsächlich auf die von E. H. Weber constatirte Thatsache, dass ein stark erkalteter, auf die Haut gelegter Thaler, schwerer erscheint, wie ein erwärmer, kurze Zeit nachher auf dieselbe Hautstelle gelegter Thaler. Man war hiernach geneigt den Wärmesinn nur als die feinste Action des Tastsinns anzusprechen. Es ist desshalb gewiss eine für den Physiologen interessante Thatsache, dass es Krankheitsfälle giebt, in welchen der Wärmesinn erhalten ist, während der Tastsinn gänzlich mangelt. Für den Praktiker ist es unter solchen Verhältnissen Bedürfniss den Wärmesinn von dem Tastsinn ganz zu trennen. Ich bediene mich desshalb des Wortes Tastsinn stets in dieser engeren Bedeutung, der es auch dem Sprachgebrauche gemäss entspricht.

Ich habe nun mitzutheilen, in welcher Weise ich eine vollkommene Schärfe des Wärmesinns bei gänzlichem Mangel des Tastsinns constatirt habe. Wie Sie sich leicht denken können, meine Herren, habe ich bei diesen Versuchen die klassischen Fundamentalversuche von E. H. Weber als Grundlage benutzt.

Bei zwei an chronischen Rückenmarkserkrankungen leidenden Patienten habe ich diese Prüfungen vielfach wiederholt, und mit vielem Zeitaufwande durchgeführt, so dass das erwähnte Verhalten mit Sicherheit constatirt wurde. In mehreren anderen Fällen fand ich den Wärmesinn erhalten, während der Tastsinn in hohem Grade herabgesetzt war. Bei den beiden, genauer untersuchten Patienten mit vollständig ungetrübtem Wärmesinn hatte die Tastsinnlähmung eine sehr verschiedene Ausbreitung. Bei dem einen derselben beschränkte sich die absolute Lähmung auf den kleinen Finger der linken Hand, während an den übrigen Fingern und an den unteren Extremitäten eine dem Grade nach sehr ver-

schiedene Herabsetzung des Tastsinns festzustellen war. Bei dem anderen Patienten war dagegen die Affection eine sehr weitverbreitete. Die Tastsinnlähmung erstreckte sich über beide obere Extremitäten, den grössten Theil der unteren und des Rumpfes, so dass nur am Kopfe das Tastvermögen seine normale Schärfe hatte. Dieser interessante Fall, der ein eclatantes Beispiel einer ausgebreiteten Tastsinnlähmung darbietet, veranlasste mich zu den seit Herbst vorigen Jahres (1860) angestellten Beobachtungen, welche der Gegenstand dieses Vortrags sind. Ich erlaube mir desshalb Ihnen die Untersuchung dieses Falles hier etwas genauer mitzutheilen.

Zur Prüfung des Wärmesinns wählte ich das Verfahren, welches nach E. H. Weber's Experimenten die genauesten Resultate liefert. Das zu prüfende Glied wurde successiv in zwei mit Wasser gefüllte Gefässen getaucht. Man hat hierbei die Vorsicht zu beobachten, dass dies in beiden Gefässen bis zu derselben Tiefe erfolge, weil die Temperatur höher erscheint, wenn das Glied in einer grösseren Ausdehnung mit dem Wasser in Berührung kommt. Die Temperatur des Wassers wurde mit einem in Fünftelgrade eingetheilten Thermometer gemessen. Auf diese Weise habe ich durch oft wiederholte Versuche festgestellt, dass vorerwähnter Patient mittelst seines mit den zwei vordersten Gliedern eingetauchten Zeigefingers, sowohl rechts wie links, einen Unterschied von $\frac{2}{5}^{\circ}$ R. mit der grössten Leichtigkeit, Raschheit und Bestimmtheit erkannte. Solche Unterschiede von $\frac{2}{5}^{\circ}$ R. nehmen bekanntlich, wie zuerst von E. H. Weber dargethan wurde, die meisten Menschen noch mit Sicherheit wahr. Zur Prüfung wurden mittlere Temperaturen zwischen 20 und 26° R. gewählt.

Bei der Prüfung des Tastsinns begann ich mit den sogenannten Zirkeluntersuchungen. Ich gebrauchte jedoch die Vorsicht, die Zirkelspitzen mit Korkstückchen zu versehen. Das Metall der Spitzen würde durch seine von der Hautwärme sehr verschiedene Temperatur den Wärmesinn angeregt haben. An den Händen wurde das Aufsetzen des Zirkels bei geschlossenen Augen gar nicht bemerkt, sobald kein so starker Druck angewendet wurde, dass dessen Einwirkung sich offenbar auf die unter der Haut liegenden Theile erstrecken musste. Wurden die Zirkelbranchen so

stark in die Haut eingedrückt, dass auf die unter der Haut liegenden Theile mit eingewirkt werden musste, so gab Patient eine Empfindung, aber stets nur eine Empfindung an, wenn ich auch die Zirkelschenkel so weit wie nur möglich von einander entfernte. Als Ort der Empfindung wurde meist eine Stelle ungefähr in der Mitte der beiden Zirkelschenkel angegeben. Das Ergebniss dieser Prüfungen liess mich im Ungewissen darüber, ob hier eine hochgradige Herabsetzung oder ein gänzlicher Mangel des Tastsinns vorliege. Die Empfindungen, welche durch das stärkere Andrücken der Zirkelschenkel hervorgerufen wurden, konnten als Spüren eines in hohem Grade herabgesetzten Tastsinns gedeutet werden, sie liessen sich aber auch durch das Fortbestehen des Gemeingefühls erklären, das in dem vorliegenden Falle sogar hyperästhetisch zu sein schien. Es würde mich zu weit führen, m. H., wenn ich hier die Erscheinungen mittheilen wollte, welche für das Bestehen einer Hyperästhesie des Gemeingefühls sprachen. Ich werde dieselben später mit der ausführlichen Krankengeschichte dieses Falles veröffentlichen. Ein sicheres Ergebniss haben indess die Zirkeluntersuchungen geliefert, sie haben den Verlust des durch den Tastsinn vermittelten feineren Ortsinns festgestellt.

Zur Entscheidung der Frage: ob der Tastsinn vollständig gelähmt oder nur hochgradig herabgesetzt sei, habe ich hierauf die zuerst von E. H. Weber angestellten Druckversuche angewendet. Bei der Prüfung des Drucksinns, d. h. der für den Tastsinn charakteristischen Fähigkeit: nach dem verschiedenen Grad der Zusammenpressung der Haut Gewichte, in Bezug auf ihre grössere und geringere Schwere, von einander zu unterscheiden, sind, wie E. H. Weber dargethan hat, einige Vorsichtsmaassregeln anzuwenden, um sowohl störende Einflüsse abzuhalten, als auch die für die Unterscheidung günstigsten Verhältnisse herzustellen. Die Gewichte werden successiv auf dieselbe Hautstelle eines Körperteils gelegt, welcher, wohl unterstützt, auf einer festen Unterlage ruhen muss, um eine Beteiligung des Muskelsinns an der Schätzung zu vermeiden. Die Gewichte müssen von gleicher Grundfläche und Temperatur sein, und wenn das eine derselben weggenommen wird, muss das andere bald (mindestens vor Ablauf von 10 Se-

kunden) an dessen Stelle gelegt werden. Endlich ist beim Auflegen der Gewichte die Vorsicht zu gebrauchen, dieselben nicht schnell loszulassen. Auf diese Weise können nach E. H. Weber Gewichte, welche sich wie die Zahlen $14\frac{1}{2} : 15$ verhalten, noch unterschieden werden, jedoch nur von guten Beobachtern bei angestrengter Aufmerksamkeit. Für unsere praktischen Zwecke ist es von Wichtigkeit zu wissen, wie genau die Schätzung bei der Mehrzahl der Menschen ohne besondere Uebung ist. Geldstücke sind zu diesen Prüfungen ganz geeignet. Unter einer grösseren Anzahl von mir untersuchter Personen unterschied die grosse Mehrzahl bei sorgfältig verschlossenen Augen sogleich ein auf die Volarseite des Nagelgliedes des Zeigefingers gelegtes Guldenstück (10,6 Grm. wiegend), von einem andern, auf welchem ein Sechskreuzerstück lag (das Gesammtgewicht betrug dann 12,8 Grm.). Alle, ohne Ausnahme, gaben augenblicklich mit der grössten Bestimmtheit den Unterschied richtig an, sobald zwei Sechskreuzerstücke aufgelegt waren (= 15 Grm.). — In dem vorliegenden Krankheitsfall, der mich zu diesen Untersuchungen veranlasst hat, musste ich das Verfahren etwas modifizieren, weil das Auflegen von Gulden oder Thalerstücken ganz unbemerkt blieb, sobald die Temperatur des Metalls nicht von derjenigen der Haut in hohem Grade abwich. Ich war genötigt, Pfundgewichte anzuwenden. Um jede schmerzhafte Einwirkung durch die Kanten der Gewichte zu vermeiden und die Temperaturverschiedenheit des Metalls nicht einwirken zu lassen, wurde zunächst ein schlechter Wärmeleiter, ein dünnes Holzplättchen oder Pappendeckel auf die wohlunterstützten Finger gelegt. Hierauf setzte ich ein Pfundgewicht, — es wurde kein Unterschied bemerkt; ebenso wenig, als ich ein zweites Pfundgewicht hinzulegte. Ich fügte noch ein weiteres Dreipfundgewicht hinzu, auch hiervon wurde nichts bemerkt. Als ich sämmtliche Gewichte wieder entfernte, wurde ebenfalls nichts wahrgenommen. Der Patient konnte bei fest verschlossenen Augen nicht angeben, ob fünf Pfund oder ob gar nichts auflag. Sowohl die rechte wie die linke Seite zeigte dies Verhalten *). Durch das Ergebniss dieser

*) In Bezug auf den Grad der Tastsinnlähmung in den übrigen Körpertheilen muss ich auf die ausführliche Krankengeschichte verweisen.

Prüfungen glaube ich die Diagnose der vollständigen Tastsinnlähmung für diesen Fall sicher gestellt zu haben.

In dem oben erwähnten anderen Falle, in welchem die Gefühlsanomalie eine geringere Ausbreitung hatte, führte die Prüfung des Drucksinns zu dem Ergebniss, dass nicht unterschieden werden konnte, ob auf dem linken kleinen Finger zwei Pfund oder gar nichts auflag. Bei Anstellung der Zirkeluntersuchungen an diesem Finger war es, im Gegensatz zu dem Falle von ausgebreiteter Tastsinnlähmung, vollständig unmöglich gewesen, durch das stärkste Eindrücken der Zirkelbranchen irgend eine Empfindung hervorzurufen. Die Untersuchung mit der Nadel im Vergleiche mit demselben Finger der anderen Hand ergab mit Bestimmtheit, dass auch das Gemeingefühl herabgesetzt war. Diese Herabsetzung hatte sich auch bereits dadurch kundgegeben, dass Patient Verletzungen dieses Fingers erst längere Zeit nach ihrer Entstehung und nur mit Hülfe des Gesichtssinns wahrgenommen hatte.

Von grossem Interesse war mir das Verhalten des Muskelsinns bei dem Patienten mit der ausgebreiteten Tastsinnlähmung. Sowohl mit der rechten wie mit der linken Hand, mit welcher er, wie wir gesehen haben, nicht im Stande war, ein aufgelegtes Fünfpfundgewicht zu bemerken, unterschied er sogleich mit der grössten Leichtigkeit 32 Loth von 30 Loth, sobald er die Hände frei in der Luft halten und bewegen konnte. Die Prüfung des Muskelsinns wurde mit Gewichten vorgenommen, die in Tücher eingeschlagen waren, deren Enden dem Patient successiv in die Hand gegeben wurden, um durch beliebiges Heben und Senken zu schätzen und aufzufinden, in welchem der Tücher das schwerere Gewicht, in welchem das leichtere enthalten sei. E. H. Weber hat bei seinen an 10 Personen angestellten Versuchen gefunden, dass 7 derselben 78 von 80 Unzen stets richtig unterschieden, während es zwei nicht im Stande waren, und ein Beobachter unter 8 Versuchen sich einmal irrte. Von 7 gesunden Personen, deren Muskelsinn ich geprüft habe, war die Mehrzahl nicht im Stande, 30 von 32 Loth mit der Bestimmtheit und Sicherheit zu unterscheiden, wie dies der erwähnte Patient konnte, der auch noch feinere Unterschiede bemerkte. — Um bei diesem Patienten die

das Handgelenk bewegenden Muskeln isolirt zu prüfen, modifirte ich das Verfahren in folgender Weise. Der Unterarm wurde durch Auflegen auf einen Tisch fest unterstützt und der Oberarm fixirt gehalten, so dass nur die das Handgelenk bewegenden Muskeln in Thätigkeit gesetzt wurden. Die Feinheit der Schätzung erlitt bei den von mir angewendeten Gewichten hierdurch keine Einbusse; dies geschah selbst dann nicht, wenn in der soeben erwähnten Stellung jede Bewegung vermieden wurde, und nur die freie, ununterstützte Hand die Enden des Tuches, in welchem die Gewichte hingen, ruhig festhaltend verharrte. Ganz in derselben Weise von mir an Gesunden angestellte Versuche ergaben ebenfalls, dass durch diese Modification des Prüfungsverfahrens die Schätzung bei Anwendung grösserer Gewichtsunterschiede nicht merklich beeinträchtigt wird. — Diese Versuche, sowie ganz besonders das Prüfungsresultat bei dem vielerwähnten Patienten sprechen sehr gegen die Ansicht derjenigen Physiologen, welche die Existenz des Muskelgefühls, des sogenannten Muskelsinns leugnen und der Meinung sind, dass die feinere Schätzung von Gewichten in den erwähnten Versuchen durch Hautgefühle zu erklären seien, durch Hautgefühle, welche der Faltenbildung in der Nähe der Gelenke oder dem Druck der anschwellenden Muskelbäuche und der Dehnung der Haut ihre Entstehung verdanken könnten. Bei diesem Patienten gelang es mit einiger Rücksicht auf die Temperaturverhältnisse sehr leicht, während er die Augen geschlossen hält, an den Gelenken grosse Hautfalten zu bilden, ohne dass er eine Ahnung davon gehabt hätte. Auf an ihn gerichtete Anfragen war er nicht im Stande anzugeben, ob überhaupt an seinem Körper eine Veränderung vorgenommen worden sei oder nicht.

Durch die Ihnen mitgetheilten Untersuchungen und Prüfungen habe ich demnach bei diesem Patienten die Erhaltung des Muskelgefühls, des Schmerzgefühls und des Wärmesinns bei vollständigem Mangel des Tastsinns dargethan. Soweit mir die Literatur bekannt ist, habe ich in derselben die diagnostische Feststellung eines gleichen Falles von gänzlichem Mangel des Tastsinns bei Erhaltung aller übrigen Gefühlsvermögen nicht finden können. Es sind nur einzelne Fälle von Erhaltung des Wärmesinns bei Verlust des Tast-

gefühls und umgekehrt veröffentlicht worden *). In den Handbüchern findet man bei der Erwähnung derselben die Bemerkung, dass sie noch mehrseitiger Bestätigung bedürften. — Meinen Beobachtungen zu Folge ist die Erhaltung des Wärmesinns bei Mangel oder hochgradiger Herabsetzung des Tastsinns durchaus keine so seltene Erscheinung, wie man bisher angenommen hat. Dass man das Bestehen einer Tastsinnlähmung so häufig übersehen konnte, erklärt sich, wie ich bereits erwähnte, aus dem bisher angewandten, unvollkommenen und zum Theil auf irrgen Voraussetzungen beruhenden, diagnostischen Verfahren.

Ein genaues Studium dieses Krankheitssymptomes, welches für die frühzeitige Erkenntniß des Anfangsstadium vieler Rückenmarkserkrankungen Nutzen zu gewähren verspricht, muss mit der Feststellung einer rasch ausführbaren und sicheren diagnostischen Untersuchungsmethode beginnen. Zu diesem Zweck scheinen mir die erwähnten Prüfungen des Drucksinns mit Geldstücken und Gewichten das beste Hülftsmittel zu sein. Diese Untersuchungsmethode ist gewiss den bisher vielfach in Anwendung gezogenen Zirkeluntersuchungen vorzuziehen. Mit dem Zirkel prüfen wir den feineren Ortsinn der Haut. Ortsempfindungen können aber sowohl durch Druck wie durch Wärme und Kälte vermittelt werden. Dessen müssen wir wohl eingedenk sein, nachdem festgestellt ist, dass Tastsinn und Wärmesinn unabhängig von einander bestehen und fehlen können. Wenn wir die Zirkelspitzen mit schlechten Wärmeleitern, z. B. mit Korkstückchen umgeben, so können wir uns wohl gegen hierdurch bedingte Fehler schützen, aber auch bei dieser Correction steht das Verfahren dem zuerst erwähnten nach. Wir erhalten durch die Prüfungen mit Gewichten in kürzerer Zeit bestimmtere Ergebnisse, ein Umstand, der bei der Anwendung in der Praxis gewiss hoch anzuschlagen ist. Hierzu kommt noch, dass die Schärfe des Drucksinnes für die verschiedenen Körpertheile nur geringe Verschiedenheiten darbietet, während die Feinheit des Ortsinns je nach dem Körpertheile eine in hohem Grade verschiedene ist. — Wir haben oben gesehen, dass in dem Fall

*) B. Puchelt, Ueber partielle Empfindungslähmung. Heidelb. med. Annal. Bd. X. S. 485. 1845.

von ausgebreiteter Tastsinnlähmung bei Hyperästhesie des Gemein-gefühls die Zirkeluntersuchungen keinen Aufschluss gewährten, ob der Tastsinn vollständig gelähmt sei, die Prüfung mit Gewichten liess dagegen hierüber keinen Zweifel bestehen. Diese diagnostische Untersuchung auf Tastsinnlähmung wünschte ich Ihnen, meine Herren, für alle Fälle zu empfehlen, in welchen dem Verdacht auf beginnende Rückenmarkserkrankungen Raum gegeben werden kann. Die Herabsetzung des Tastgefühls oder mit anderen Worten die Halblähmung des Tastsinnes halte ich für eins der allerfrühesten, bisher meist übersehnen Symptome dieser Krankheiten. Erlauben Sie mir zum Schluss die Hoffnung auszusprechen, dass durch recht zahlreiche Beobachtungen auf diesem Felde vielleicht in Kürze die frühzeitige Diagnose dieser Erkrankungen gefördert werden könnte.

Nachträgliche Bemerkungen.

Als ich im verflossenen Jahre der Versammlung mittelrheinischer Aerzte vorstehende Mittheilungen machte, hatte ich mich bereits seit acht Monaten mit dem vorliegenden Gegenstand beschäftigt. Ich habe bis zu dem gegenwärtigen Zeitpunkt denselben weiter verfolgt, so weit dies eine vielseitig angestrengte, praktische Thätigkeit zugelassen hat. Verschiedene Gründe haben mich bestimmt, den Vortrag unverändert, wie er in Frankfurt gehalten wurde, als Einleitung zu weiteren Mittheilungen zu veröffentlichen. In einem zweiten Artikel werde ich zunächst eine genauere Begründung der von mir in Anwendung gebrachten Terminologie, und hierauf die ausführlichen Krankengeschichten bringen. Hier nur noch folgende Bemerkungen.

Die Bezeichnung „partielle Empfindungslähmung“ ist bereits seit dem Jahre 1845 von B. Puchelt vorgeschlagen und bei dem oben citirten, von demselben beschriebenen Falle von Mangel des Tastgefühls mit Erhaltung des Schmerz- und Temperaturgefühls in Anwendung gebracht worden. Das Ergebniss meiner Untersuchungen wird darthun, dass solche Fälle keineswegs zu den Seltenheiten gehören und dass ihr Vorkommen nicht im Geringsten in Zweifel gezogen werden kann, wie man dies bisher angenommen hat. Bei einer genauen differentiellen Diagnose der

unvollständigen Anästhesien findet man sehr viele Fälle, in welchen einzelne Gefühlsvermögen noch vollständig erhalten sind, während andere sich in hohem Grade vermindert haben oder ganz fehlen. Diese Fälle habe ich vorläufig mit dem bereits angewendeten Namen „partielle Empfindungslähmungen“ bezeichnet, obgleich ich nicht verkenne, dass dieser Name leicht zu Missverständnissen Veranlassung geben kann. Es ist durch denselben nicht ausgedrückt, dass das Wort partiell sich auf die Modalitäten der Empfindung, dagegen nicht auf die räumliche Verbreitung der Paralyse bezieht.

Die für den praktischen Arzt wichtigste dieser partiellen Empfindungslähmungen ist die Tastsinnlähmung oder Drucksinnlähmung in der Bedeutung des Wortes, wie ich dieselbe in dem vorstehenden Vortrag festgestellt habe. Nach weiteren Beobachtungen, die ich seitdem zu machen Gelegenheit hatte, kann ich jetzt sagen, dass dieses Krankheitssymptom bei Rückenmarkserkrankungen in verschiedenen Graden der Ausbildung überaus häufig vorzukommen pflegt. Auch bei Gehirnkrankheiten habe ich es beobachtet. Es hat bei mir die Ueberzeugung stets an Stärke zugenommen, dass die Hoffnungen, welche ich bereits damals an die weitere Verfolgung dieses Gegenstandes knüpfte, wohlgegründet sind. Diese bisher so häufig übersehene Tastsinnlähmung scheint mir Wichtigkeit genug zu besitzen, dass sie mit einem besonderen Namen bezeichnet werde, um so mehr, da ein nur selten vorkommendes Symptom, die Schmerzgefühllähmung (Analgesie), bereits einen solchen erhalten hat. Ich habe hierzu den Namen *Apseilaphesie* gewählt. (Von *ψηλάφησις*, das Betasten.) Der hauptsächlichste Grund, der mich zur Aufstellung dieses neuen Namens bestimmt hat, ist jedoch der, dass mit dem Worte Tastsinn und Tastempfindung häufig sehr verschiedene Begriffe verbunden werden. Hierauf werde ich in dem zweiten Artikel ausführlicher zurückkommen.

Es gereicht mir zur Freude, schliesslich mittheilen zu können, dass meinem im Mai vorigen Jahres ausgesprochenen Wunsche: die Collegen zur genaueren Untersuchung unvollständiger Anästhesien anzuregen, bis jetzt bereits entsprochen worden ist. Mein

College Mosler, Privatdocent in Giessen, zeigte ein lebhaftes Interesse für den Gegenstand, weshalb ich ihm sowohl mündlich als schriftlich die Resultate meiner Beobachtungen mittheilte. Er hat die von mir zur differentiellen Diagnostik der partiellen Anästhesien vorgeschlagenen Weber'schen Druckversuche in einem bereits (Virchow's Archiv Bd. XXIII.) veröffentlichten Fall von Hautsclerom angewendet und so eben empfange ich von demselben die Mittheilung, dass er, seit unserer letzten Unterredung auf der Naturforscherversammlung zu Speyer, drei Fälle von partieller Empfindungslähmung aufgefunden und genauer beobachtet hat, deren ausführliche Krankengeschichte er in der Kürze veröffentlichen wird.

Möchten baldigst recht viele Collegen diesem Gegenstand ihre Aufmerksamkeit zuwenden, denn nur auf diese Weise lässt sich das grosse Material überwinden.

XXI.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ueber die Wirkung der Glycocholsäure auf die Muskel- und Nerventhätigkeit.

Von Prof. J. F. H. Albers in Bonn.

Es ist eine in der ärztlichen Beobachtung feststehende Thatsache, dass übermässige Anhäufung von Galle in dem obern Theile des Zwölffingerdarms und dem Pförtnertheile des Magens Ubelkeit, Eckel und Erbrechen erregt, Erscheinungen, welche auf eine abnorm gewordene Magenthätigkeit zurückgeführt werden müssen. Die Polycholie liefert nicht minder den Beweis hierfür, als die Anwendung eines Brechmittels aus Brechweinstein. Ist nach diesem wiederholtes Erbrechen erfolgt, und lässt die Ubelkeit nicht nach, nachdem schon längere Zeit kein Brechweinstein mehr genommen ist, so lässt diese nicht eher nach, bis ein erneutes Erbrechen eine grössere Menge Galle entleert hat, die sich wahrscheinlich in Folge der früheren Brechbewegungen in den Pförtnertheil hinein begeben hatte. — Wie hier Bewegungen des Magens durch die Galle verursacht werden, so beobachtet