

## XXIII.

**Berliner  
Medicinisch-Psychologische Gesellschaft.**

~~~~~  
**Sitzung vom 12. October 1874.**

Vorsitzender: Hr. Westphal.  
Schriftführer: Hr. W. Sander.

Als Gäste anwesend sind die Herren:  
Dr. Trützschel aus Kiew.  
Dr. Schlockow aus Schlesien.

Ein Schreiben des Herrn Wernich zeigt an, dass er wegen seiner Abreise nach Japan vorläufig aus der Gesellschaft auszutreten genöthigt ist.

Herr Baer: Ueber die Unterbringung geisteskrank gewordener Sträflinge:

In den Gefangen- und Strafanstalten giebt es eine relativ beträchtliche Zahl von Geisteskranken. Lélut hat 1839 in den französischen Strafanstalten unter 18,000 Gefangenen 359 d. i. 2 pCt. Geisteskranke gefunden. Gutsch in Bruchsal giebt die Zahl der von ihm unter den Gefangenen beobachteten Geisteskranken auf 3 pCt. an und Delbrück in Halle hält auf Grund seiner Erfahrungen 5 pCt. der Gefangenen als geistesgestört im weitesten Sinne des Wortes. Will man alle diejenigen Gefangenen, die aus psychischen Momenten überhaupt nicht Gegenstand einer Strafvollstreckung oder wenigstens nicht eines Strafvollzuges sein dürfen, wie er in unseren Strafhäusern ausgeführt wird, als hierher gehörig bezeichnen, so ist auch der Vortragende der Ueberzeugung, dass 5 pCt. der Insassen unserer Strafanstalten mehr oder minder geisteskrank sind und einer anderen Art der Unterbringung und der Behandlung bedürfen.

Diese grosse Zahl von Geistesgestörten unter den Verbrechern hat nichts Ueberraschendes an sich, wenn man den Verbrecher in seiner Abstammung, in seiner Entwicklung, in seiner Erziehung, in seiner Lebensweise in der Freiheit und in der Gefangenschaft näher betrachtet. In keinem Kreise der menschlichen Gesellschaft häufen sich so viele Momente, die auf die psychische Constitution so abnorm einwirken. Welche Summe von degenerirenden Einflüssen werden bei dem Gewohnheitsverbrechertum der Nachkommenschaft

angeerbt! Der Gewohnheitsverbrecher stammt nicht selten von Eltern ab, die, selbst Vagabunden und Verbrecher, an Seelenstörungen, an Epilepsie, an den Folgen tiefster Armuth, der Ausschweifung und der Trunksucht leiden. Von den im Jahre 1871 in die preussischen Zuchthäuser eingelieferten 4410 männlichen und 967 weiblichen Sträflingen waren in der Freiheit 5096 Kinder zurückgeblieben. Ein Theil dieser Descendenz verfällt sicher dem Verbrecherleben und ein Theil von dieser trägt schon von der Geburt an den Stempel jenes Typus an sich, den ihm das Geschick als den Ausdruck jener Verwandtschaft zwischen Verbrechen und Wahnsinn aufgedrückt hat. Dieser Abstammung entspricht die weitere individuelle Entwicklung. Nicht selten in Noth und Elend gross geworden, ohne jede Corrective gegen das Triebleben, die Erziehung und Sitte gewähren, beginnt ein Leben voller Unordnung, voller Zügellosigkeit, ein Leben ausschweifendster und aufreibendster Art, dem nur das Gefängniss zeitweise ein Halt gebietet. — Die Gefangenschaft selbst ist wiederum der Entwicklung und Erhaltung von geistiger und körperlicher Gesundheit so durchweg abnorm und nachtheilig, dass sie nicht allein bei jedem Disponirten die Geistesstörung schnell und sicher hervorruft, sondern selbst eine Disposition zu psychischen Erkrankungen schafft. — Noch häufiger tritt die Geistesstörung bei Verbrechern aus Leidenschaft auf; hier ist der Affect, der die verbrecherische That hervorgerufen, häufig schon krankhaft gewesen — und nach dieser That kommt die Reue, Scham, kommen Gewissensbisse, Sorgen um sich und die Seinen, die bange Zukunft, die Hoffnungslosigkeit im Beginne einer langen Strafzeit, die vielen Unbilden und Entbehrungen eines Gefängnisslebens. — Viele Gefangenen sind schon geisteskrank gewesen, als sie ihr Verbrechen begangen; ihre Strafwürdigkeit ist in foro gar nicht in Frage gekommen, bei anderen war der Gemüthszustand so zweifelhaft, die Momente für die Unzurechnungsfähigkeit noch so verborgen, so gering scheinender Art, dass sie mit der vollen gesetzlichen Strafe, aber unter gemilderten Umständen, dem Strafhause übergeben sind; und noch andere bieten ein solches Gemisch von boshaft verbrecherischem Willen und krankhafter Reizung dar, dass ihre Betrafung wohl gerechtfertigt und verdient ist. Bei allen diesen tritt in der Gefangenschaft früher oder später ein Verhalten auf, das ihre Entfernung aus der Anstalt ebenso nothwendig als wünschenswerth macht.

Nehmen wir die Zahl dieser Gefangenen mit 5 pCt. an, so waren allein in den unter dem Ressort des Ministerium des Innern in Preussen stehenden Gefangen- und Strafanstalten am Jahresschlusse von 1871 über 1100 — darunter allein über 900 in den Zuchthäusern — in 56 Anstalten zerstreut.

Sollen diese Gefangene in den Strafanstalten verbleiben? In diesen Anstalten muss eiserne Strenge, unnachgiebige Ordnung, bei vollster Verleugnung des eigenen Willens und Unterordnung unter die Hausordnung herrschen; hier muss bei aller Humanität und Gerechtigkeit Furcht und Abschreckung die Masse der bösen Elemente im Zaum halten. Sollen und können die Geisteskranken unter der Wucht dieses Regimens bleiben? Wenn auch die acut auftretenden Fälle von Tobsucht und Schwermuth, die vollkommen Stumpf- und Blödsinnigen, die Paralytiker in den späteren Stadien u. s. w. in der allgemeinen Krankenabtheilung der Anstalt Schonung und Behandlung geniessen, so sind die chronisch werdenden Fälle, die periodisch und partiell

Verrückten, die Epileptiker und die Schwachsinnigen der Gegenstand vieler Verlegenheiten für die Verwaltung und Hausordnung. Diese Individuen können nicht anhaltend auf dem Lazareth bleiben; es fehlt an anderweitigen Einrichtungen, an den geeigneten Mitteln für Beschäftigung, Zerstreuung, an dem Wartepersonal. In den Arbeitsstationen sind sie der Gegenstand der Verpottung und des Witzes; sie begehen in ihrer reizbaren Stimmung Excesse und werden nicht selten unverdient und hart bestraft. Viele werden als Simulanten angesehen und beobachtet — und wenn man über das Vorhandensein einer Geistesstörung einig, ist auch der Kranke schon unheilbar geworden.

Diese Gefangenen müssen aus der Anstalt entfernt werden und zwar 1) aus rechtlichen Gründen bei allen zweifellos Geistesgestörten; diese Gefangenen können nicht mehr Strafobjecte sein. Hier ist auch das curative Moment von grosser und wichtiger Bedeutung. 2) aus prophylaktischen Gründen bei allen schwer Disponirten, bei den periodisch Verrückten und zu exaltativen Paroxysmen Geneigten, bei den Imbecillen und den partiell Verrückten, bei den Epileptikern und den mit dem moralischen Irresein Behafteten. Viele von diesen werden in den Strafhäusern dem unheilbaren Wahnsinn zugetrieben. 3) aus Billigkeitsgründen bei allen sogenannten zweifelhaften Gemüthszuständen und den mit geminderter Zurechnungsfähigkeit Bestraften. Letzteren ist mit einer Minderung der Strafdauer oder Milderung der Strafart in keiner Weise gebührend Recht geschehen. Der gewöhnliche Strafvollzug ist zu hart für sie. 4) aus Zweckmässigkeitsgründen bei allen, die der Simulation verdächtig und zu beobachten sind.

Will man eine Einrichtung treffen, die diesem Uebelstande abhilft und die dem psychiatrischen und strafrechtlichen Interesse zugleich dient, so müssen folgende Gesichtspunkte berücksichtigt sein: 1) Der Gefangene muss schnell und ohne langes Abwarten in das Asyl gebracht werden können; das kann nur geschehen, wenn nicht so viele und namentlich nicht verschiedene Behörden über Entlassung, Aufnahme etc. zu entscheiden haben und dass dieses Asyl nicht durch zu grosse Entfernung unbrauchbar wird. 2) Das Asyl muss, wie eine Irrenanstalt, dem Kranken Heilung und Behandlung gewähren; dazu gehört vor Allem, dass es von einem psychiatrisch gebildeten Arzt geleitet wird. 3) Das Asyl darf deshalb nur so viel vom Gefängnisartigen an sich haben, als es der Character des grössten Theil dieser Kranken unerlässlich nothwendig macht. 4) Es müssen alle geisteskranken, aber für die Strafvollstreckung aus psychischen Momenten nicht geeigneten Gefangenen — mit Ausnahme der noch nicht transportablen acuten Fälle — aus den Anstalten in dieses Asyl gebracht werden und dabei ist wohl zu bedenken 5) dass durch die Entlassung aus der Strafanstalt ein zu Recht bestehendes Strafurtheil unterbrochen wird, sowie dass sehr viele von diesen Gefangenen rechtlich keine Strafunterbrechung beanspruchen können.

Es ist schon oben ausgeführt, dass die bisherige Art der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher ungerecht, unbillig und fast unerträglich ist. Soll man diese Kranken nach einer Irrenanstalt schicken? Dieser Ausweg scheint der richtigste, einfachste. Wer geisteskrank ist, gehört in die Irrenanstalt, sagt man. Mit diesem Grundsatz wird unsere Frage practisch nicht gelöst. Das Verhältniss wird dasselbe bleiben, wie es jetzt ist. Schon jetzt

schreibt eine Ministerial-Verordnung von 1858 vor, dass die geisteskranken Gefangenen nach den Irrenanstalten gebracht werden — aber es sei nothwendig, sich zu versichern, dass der Kranke nicht simulirt und dass er deshalb genau beobachtet werde. Von einer Entlassung aus prophylaktischen Gründen ist keine Rede — in die Irrenanstalten kommen thatsächlich nur die chronischen, meist unheilbaren Fälle. Die Irrenanstalten reichen für die Geisteskranken aus der freien Bevölkerung nicht aus und sind für die Unterbringung der irren Verbrecher nicht sicher genug; diese finden sich bald zusammen, conspiriren und verlangen deshalb eine strenge Ueberwachung; sie sind bei und trotz ihrer Geisteskrankheit Menschen mit verbrecherischen Neigungen, mit unsittlichen, widrigen Gewohnheiten, die keine passende Gesellschaft für die anderen Kranken sind. Viele Irrenanstalten haben sich geradezu gegen die Aufnahme dieser Kranken erklärt und sie werden es noch mehr thun, wenn alle Kategorien psychisch kranker Gefangenen in diese geschickt würden. Die meisten der geisteskranken Verbrecher sind nicht in dem Sinne krank, dass sie andauernd und überhaupt in eine Irrenanstalt gehören.

Man könnte nach dem Beispiel von England an die Einrichtung von Special-Asylen denken. Aber in diesen werden dort hauptsächlich verbrecherische und gefährliche Irre (*Criminal Lunatics*) untergebracht, und neben diesen auch in den Strafanstalten geisteskrank gewordene Sträflinge (*Insane convicts*). Jene verbrecherischen Irren gehören aber nur in die Irrenanstalt, da sie nie Verbrecher gewesen sind und auch nicht gestraft werden können. Für irre Verbrecher allein mehrere Specialasyle errichten, ist aus finanziellen Gründen nicht rathsam, sie sind zu theuer, zu unbequem für den Transport der Kranken und der Evacuierung der Gesundgewordenen. Es bleibt nur übrig, neben mehreren Irren- oder Strafanstalten eine grössere Abtheilung für die Aufnahme von geisteskranken Sträflingen zu bestimmen. Gegen eine Irren-Verbrecher-Station lassen sich alle oben angeführten Einwände erheben — sie würde wohl dem curativen Zweck am meisten entsprechen, sie würde aber den anderen Anforderungen in keiner Weise genügen.

Dem thatsächlichen Bedürfniss würde eine Gefängniss-Irren-Station am zweckmässigsten abhelfen. Neben einer Strafanstalt und mit ihr in Betreff der Oeconomie, der Verwaltung der externen Angelegenheiten im Zusammenhange, muss die von einem psychiatrisch gebildeten Arzte geleitete Irren-Station aus 2 Abtheilungen bestehen; die eine Abtheilung ist für die wirklich Kranken bestimmt und mit allen Mitteln und Einrichtungen einer Irrenanstalt versehen, die andere dagegen für die Aufnahme der zeitweise Kranken, der Schwachsinnigen, sowie aller derjenigen, die beobachtet werden sollen, und derer, die aus Rücksicht für ihr psychisches Verhalten eine mildere Behandlung verdienen, als das Strafhaus gewähren kann. In diese Strafanstalten müssen alle zweifelhaften Gemüthszustände und alle gemindert Zurechnungsfähigen von Hause aus eingeliefert und ebenso alle Geisteskranken im weitesten Sinne des Begriffes aus den anderen Strafanstalten, sowie die der Simulation Verdächtigen gebracht werden, so dass in den gewöhnlichen Strafanstalten nur die acut Erkrankten bis zu ihrer Transportfähigkeit verbleiben. Dass auch in dieser Abtheilung die Verpflegung, die Beschäftigung anders geartet und die Hausordnung eine mildere, schonendere sein muss, bedarf keiner Erwähnung. — Die Versetzung in die Kranken- und

Beobachtungs-Abtheilungen, die Ueberführung in die gewöhnlichen Arbeiterstationen lassen sich hier schnell und leicht ausführen. Nur die Abtheilung für wirkliche Irre kann gesetzlich den Character und mit ihm die rechtlichen Consequenzen einer Irrenanstalt haben; in diese können, wie es Falret, Damerow, Roller u. A. selbst zugestehen, Irre mit exorbitant gefährlichen Neigungen und Trieben, und auch Irre mit einer vielfach verbrecherischen Vergangenheit aus den Irrenanstalten versetzt werden. Aus dieser Abtheilung können die Kranken mit Ablauf der Strafzeit je nach dem Character, Verlauf und Verhalten der Krankheit, ihren Familien, einer gewöhnlichen Irrenanstalt übergeben werden — oder auch weiter daselbst verbleiben.

Sind die Details dieser Einrichtungen auf dem Wege des Gesetzes geregelt, und ist die innere Verwaltung in diesen Abtheilungen in die Hände eines psychiatrisch gebildeten Arztes gelegt — so ist die Gewähr gegeben, dass auch die Geisteskranken in den Strafanstalten im Sinne des Rechtes und der Humanität untergebracht und behandelt werden.

Zur Discussion erhält zuerst das Wort:

Herr Liman: Der Vortrag erscheine ihm wie ein grosses Sündenregister über die Art der Verurtheilung angeklagter Menschen. Wir haben drei Categorien von Angeklagten zu unterscheiden: 1. Solche, welche entschieden Geistesranke sind, als solche erkannt und nicht bestraft werden. 2. Solche, welche allerdings geisteskrank sind, aber, sei es von den Aerzten, sei es von den Geschworenen nicht als solche erkannt werden, und, in die Strafanstalten geschickt, mit der Zeit richtig beurtheilt werden. Hierzu gehört eigentlich der grösste Theil der Personen, welche von Baer geschildert sind; Menschen, welche ohne Zweifel vor dem Verbrechen gar nicht im Stande waren, ihre Angelegenheiten zu besorgen, und welche in die Strafanstalt nicht hätten kommen dürfen. 3. Solche, welche in den Strafanstalten geisteskrank geworden sind, die disponirt zur Geisteskrankheit waren, aber während des Urtheils verantwortlich gemacht werden konnten und in den Strafanstalten geisteskrank wurden. Immerhin sind die beiden letzten Categorien, von denen die ersteren mit den Freigesprochenen auf gleichem Fusse stehen, geisteskrank und kein Object der Strafrechtspflege und Vollstreckung. Die erste Frage ist: was geschieht mit den Individuen der ersten Categorie? Sie werden in die Irrenanstalten geschickt und dort behalten. So gut wie diese Leute in Irrenanstalten gehalten werden, so müssen auch alle anderen in denselben gehalten werden. Der Umstand, dass die anderen zufällig in den Strafanstalten sind, kann kein Grund sein, sie darin zu behalten; sie gehören in die Irrenanstalt und können darin behandelt werden. Was die Gemeingefährlichkeit anlangt, so müssen die Irrenanstalten Einrichtungen haben, um solche Menschen mit Erfolg zu bergen. Immerhin gehören dieselben aber unter die Irrenärzte und ihre Pflege, und ob die Gefangenanstalten und ihre Aerzte, welche ja ihr Augenmerk auf viele Dinge zu richten haben, ob die im Stande sein werden, jene zu ersetzen, ist sehr zu erwägen. Auch die dritte Categorie gehört, sobald die Geisteskrankheit ausbricht, zu den Geisteskranken. Dies schliesst nicht aus, dass wirklich Beobachtungsstationen mit Wärtern, welche mit der Irrenpflege vertraut sind, errichtet werden. Es ist ein Lieblingsgedanke von mir, dass solche Stationen errichtet würden, wodurch viel Unheil würde vermieden werden. Die Strafanstalt aber ist nichts

anderes, als die übrige Welt. Sind die Leute fähig, mit Nutzen für sich und andere unter diesen zu leben, so bleiben sie in den Gefängnissen, wenn nicht, so kommen sie in die Anstalten. Anders ist es mit solchen, bei denen man die Erkrankung befürchtet oder die eben erkrankt sind, welche curativ zu behandeln sind; solche gehören in eine Irrenanstalt, ob Sie diese an das Gefängniss anbauen oder nicht.

Herr Baer: Die Strafanstaltsärzte hätten gar nicht die Absicht, die psychiatrische Kunst ausüben zu wollen; dies sollte Aerzten, welche in Irrenanstalten gebildet sind, überlassen werden. Nur wünschen wir, dass die betreffenden Anstalten, in denen geisteskranke Gefangene behandelt werden, ein Appendix der Strafanstalt sind. Ich weiss nicht, welche Vortheile einem rechtlich verurtheilten Gefangenen daraus entstehen, wenn er in die Irrenanstalt kommt. Es soll ihm ja nur die Behandlung gewährt werden, die er in der Strafanstalt nicht findet. Im Uebrigen ist die Strafanstalt doch eine andere Welt, als die sonstige. Es sind doch Leute mit anderem Character und anderen Anschauungen, und wenn solche in die Irrenanstalten gebracht werden, dann müssen Sie diesen einen anderen Character geben. Die Irrenfürsorge würde viel darunter leiden.

Herr Liman: Wenn Sie an jenen projectirten Abtheilungen Irrenärzte, Wärter u. s. w. anstellen, dann wird es schliesslich gleichgültig sein, wie man sie nennt. Ich will nur das Gefängniss aufgehoben, die Irrenanstalt hervorgehoben haben, welche daraus entstehen wird.

Herr Mendel nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. Es seien 3 Kategorien zu unterscheiden. Die einen seien geisteskrank zur Zeit der Verurtheilung gewesen, sie seien per nefas in Gefängnisse, und an ihnen sei ein Unrecht zu sühnen. Andere sind im Gefängnisse geisteskrank geworden. Ihre Zahl ist nicht klein. Diese sind zu behandeln wie andere Kranke. Es hört ja auch bei anderen Kranken die Strafvollstreckung im Grossen und Ganzen auf; sie bekommen andere Nahrung, kommen ins Lazareth u. s. w. Es wird Sache der Gefängnisse sein, jene Kranken in solche besondere Vorrichtungen aufzunehmen. Hier werden sie geheilt und können dann ihre Strafe weiter verbüssen. Der andere Fall ist, sie werden unheilbar geisteskrank. Solche sind nicht Gegenstand der Strafvollstreckung; sie gehören meiner Ansicht nach nicht in's Gefängniss, sondern in die Irrenanstalt. Ich kann es doch nicht für gleichgültig halten, ob Jemand im Appendix des Zuchthauses sitzt oder in der Irrenanstalt, und wenn es für den blödsinnigen Gefangenen gleich ist, so doch nicht für die Angehörigen. Ich finde ausserdem in dieser Art von Asylen eine grosse Gefahr. Wenn die Einrichtung allgemein bekannt ist, so werden gewiss viele Geschworene im zweifelhaften Falle im Hinblick darauf das Schuldig aussprechen. Eins scheint mir für jede Regelung der Angelegenheit nothwendig, dass die Strafanstaltsärzte psychiatrisch gebildet sind, und dass sie sich diese Bildung nicht erst erwerben, sondern dass sie zur Qualification schon gefordert wird.

Herr Hitzig fragt den Vortragenden, ob bei der grossen Zahl geisteskranker Verbrecher, wie er sie für Preussen angab, wirklich nur zwei Specialasyle für dieselben erforderlich sein würden. Ein solches Asyl brauche ja nicht so gross zu sein. Und ferner wünscht er eine nähere Begründung,

warum in einem solchen Specialasyle die Verpflegung theurer sein würde, als die in einem mit dem Gefängnisse verbundenen Asyle.

Herr Liman kann in dem von Herrn Mendel Erörterten nichts anderes finden, als was er selbst geäußert. Der Unterschied zwischen der Gefängniswelt und der übrigen Welt ist richtig, aber er spreche von der Welt der Leute, in der sie selbst sich bewegen.

Herr Ideler: Nach den Erfahrungen, die ich gemacht habe, möchte ich mich auf die Seite des Herrn Baer stellen. Ich habe fast täglich den Wunsch, die geisteskranken Verbrecher aus der Irrenanstalt entfernt zu sehen. Diese Leute sind eine beständige Quelle von Unruhe und Revolution. Sie gehören nicht in die Irrenanstalt, und eine Gefahr für sie selbst kann ich in der Unterbringung bei Strafanstalten nicht finden.

Herr Mendel möchte begründen, in wie fern er von einem vermittelnden Vorschlage sprach. Herr Baer sprach sich für Beibehaltung aller Irren im Gefängnisse aus, während Herr Liman für die Ablieferung aller Geisteskranken in die Irrenanstalt plaidirte. Was Herr Ideler gesagt, das könne nichts beweisen; denn die Strafanstalten schicken natürlich nur diejenigen Geisteskranken weg, welche auch dort unerträglich sind.

Herr Baer: Principiell konnte ich unmöglich gemeint haben, dass alle Geisteskranken immer im Gefängnis bleiben sollen. Dies ist ja unmöglich. Ebenso ist es zweifellos, dass man frische Erkrankungen bis auf Weiteres zurückbehält. Wir treten aber vor Allem für Diejenigen ein, die noch gar nicht in die Irrenanstalten gehören, für welche aber doch die Strafanstalt zu hart ist, welche stark belastet, wie sie sind, besondere Vorkehrungen finden müssten. Solche Individuen werden bei Ihren Vorschlägen unbeachtet sein. Gewiss müsste jeder Strafanstaltsarzt auch ein tüchtiger Irrenarzt sein; aber das ist ein Ideal, das nicht zu erreichen ist, schon der Besoldung wegen. Herr Hitzig kann ich seine Frage nicht mit Zahlen beantworten, aber Specialasyle brauchen eben einen Apparat, der viel theurer ist, und werden auch durch die getrennte Verwaltung und den Transport theurer. Die Ansichten des Herrn Ideler entsprechen denen vieler Irrenärzte, und es giebt Irrenanstalten in Deutschland, welche nach den Statuten keinen Verbrecher aufnehmen.

## Sitzung vom 2. November 1874.

Vorsitzender: Herr Westphal.  
Schriftführer: Herr W. Sander.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Hitzig einen Kranken vor, der wegen eines erworbenen rhythmischen Nystagmus und davon abhängigen Schwindelempfindungen in Form von sehr ausgesprochenen Scheinbewegungen merkwürdig ist. Die Krankheit begann nach einer überstandenen Intermittens zu einer Zeit als Patient sich in grosser psychischer Alteration befand mit einem Schwindelanfall. Von der Zeit an war der Gang unsicher, ohne dass die unteren Extremitäten an Kraft oder Ausdauer oder an der Sensibilität etwas eingebüsst hätten. Allmählich wurde die rechte obere Ex-

temrität für feinere Verrichtungen weniger tauglich, die Sprache zeitweise mehr, zeitweise weniger stockend, als wenn Patient die Laute im Munde zusammensuchen müsse, und es stellte sich morgendliches Erbrechen ein. Der Nystagmus erfolgt nun in zwei Tempis und zwar in einer ähnlichen Form, wie beim Galvanisiren durch den Hinterkopf, wenn die Anode links sitzt. — Die ruckende Bewegung ist nämlich nach rechts gerichtet, und wenn ein Blick willkürlich nach links gewendet wird, hat sie gleichzeitig einen deutlich rotatorischen Character. Dem entsprechend entswinden auch die Gegenstände scheinbar nach rechts, gerade wie dies bei dem galvanischen Versuche von dem Vortragenden beschrieben wurde. Den ursprünglichen Sitz der Krankheit sucht derselbe im Kleinhirn, hält es aber für misslich sich über ihre Natur auszulassen.

Herr Westphal: Ich glaube den Fall an andere bekannte Fälle anschliessen zu können, in denen ganz analoge Störungen entstehen und zwar nach acuten fieberhaften Krankheiten, wie Typhus, Variola, Masern u. a. Namentlich in der Sprache ist die Analogie vollkommen. Der Kranke articulirt ganz gut, das Eigenthümliche besteht in der Langsamkeit, mit welcher die Silben ausgesprochen werden und aufeinander folgen, zugleich mit leicht näseldem Anklang. Auch Schwindel wird in jenen Fällen beobachtet; dass dieser in dem demonstrirtem Falle ganz unabhängig ist vom Nystagmus, ist ganz positiv und geht schon daraus hervor, dass er gerade eintritt, wenn Patient die Augen schliesst. In den Fällen nach acuten Krankheiten nun ist es ziemlich sicher, dass man es mit einer verbreiteten Krankheit im Central-Nervensystem zu thun hat, die man als Sclerose bezeichnet. Ich halte es für wahrscheinlich, dass es sich auch in dem vorgestellten Falle um eine solche disseminirte Sclerose handelt. Wie es kommt, dass ein solcher anscheinend sehr chronischer Process sich unter so acuten klinischen Erscheinungen ankündigt, ist anatomisch noch nicht aufgeklärt; man darf vielleicht annehmen, dass es sich zuerst um herdweise auftretende acute entzündliche Prozesse im Rückenmark resp. der Medulla oblongata handelt, die allmählig in diese herdweise Sclerose übergehen. Auffällig ist hier, dass ein solcher Process in Folge psychischen Affectes entstanden zu sein scheint. In Analogie dazu könnte man an die namentlich in jüngster Zeit in Strassburg beobachteten Fälle erinnern, bei denen in Folge von Schreck Paraplegien und andere centrale Erkrankungen stattfanden. — Was den Nystagmus betrifft, so ist namentlich von den Franzosen hervorgehoben, dass derselbe in manchen Fällen ein Symptom der herdweisen (disseminirten) Sclerose ist, und dass er namentlich beim Fixiren und bei forcirten Bewegungen sich zeigt; es würde also auch dies zu der Anschauung stimmen. Wo nun die einzelnen Herde sitzen, darüber lässt sich positiv Nichts sagen. Ich kann im Augenblicke nicht angeben, ob bei secirten Fällen mit Nystagmus stets sich Herde im Kleinhirn befanden; ich glaube es aber nicht, auch ist im Ganzen letzteres selten befallen, mehr die Stiele desselben. So betrachtet, gewinnt der Fall, wie ich glaube, ein anderes Ansehen.

Herr Curschmann hat experimentell gefunden, dass bei vorsichtiger Verletzung der mittleren Kleinhirnschenkel nicht, wie Andere angaben, Anomalien der Augenbewegungen stattfanden. Dagegen fand er bei Kaninchen in unmittelbarer Nachbarschaft des Kleinhirnschenkels einen Punkt, welcher

bei den ersteren Versuchen leicht mitgetroffen wird, durch dessen Verletzung constant Nystagmus und Strabismus hervorgerufen werden. Er glaubt dagegen auch nicht, dass von zuverlässigen Experimentatoren bei Verletzungen des Kleinhirns selbst Nystagmus nachgewiesen ist. Im vorliegendem Falle könnte man vielleicht daraus, dass die Coordinationsstörungen rechterseits überwiegen, den Schluss ziehen, dass auch die Affection auf der rechten Seite sitzt; denn die Kleinhirnschenkel haben keine gekreuzte Wirkung.

Herr Henoch glaubt in ätiologischer Beziehung, dass der Beweis nicht vorhanden sei, dass das Leiden mit dem Gemüthsaffecte in Zusammenhang stehe. Der Mann hat monatelang an Intermittens gelitten, und wenn auch nicht bekannt ist, dass durch dieselbe sclerotische Processe entstehen, so ist doch diese Möglichkeit mit Rücksicht auf ihre Entstehung nach acuten fieberhaften Krankheiten nicht ausgeschlossen. Ueberhaupt giebt man sich oft grossen Täuschungen hin, indem plötzliche Ereignisse besonders imponirender Natur als Ursache angegeben werden, während das Leiden lange existirt hat. Diese Latenz gerade der Hirnkrankheiten ist bekannt. Redner führt zwei demonstrative Fälle dieser Art aus seiner Beobachtung an. Man darf nicht zu viel auf die Aussagen der Leute geben; ein Process kann lange vorhanden gewesen sein, und das angegebene ätiologische Moment möglicher Weise ihn gefördert, aber nicht ihn verursacht haben.

Herr Hitzig bemerkt dazu, dass der Affect längere Zeit vorherging und der Schwindel ganz plötzlich eintrat. Ueber die Natur des Leidens habe er sich absichtlich nicht geäußert und er thue es auch jetzt nicht, weil er es für misslich halte. Ihn habe die Aehnlichkeit interessirt, welche zwischen den experimentell hervorzubringenden Augenbewegungen und denen des Kranken und in den Scheinbewegungen in beiden Fällen besteht. Er wolle gar nicht in Abrede stellen, dass hier viel für Sclerose spricht, doch ist es ihm nicht sicher. Er gebe zu, dass der Kranke scandirt, aber das Wort erklärt den Vorgang nicht. Er glaube doch, dass dies daher kommt, dass er die einzelnen Bestandtheile seiner Zunge nicht zusammenhält, und dass er, um etwas hervorzubringen, ungewöhnliche Anstrengungen macht, ebenso wie ein Tabeskranker mit seinen Beinen. In therapeutischer Hinsicht bemerke er, dass dem Kranken Jodkalium gut that.

Herr Westphal will auf die Erklärung dieses Phänomens des Scandirens nicht weiter zurückkommen, über das er sich schon einmal gelegentlich ausgesprochen habe. Als „Coordinationsstörung“ könne er es nicht bezeichnen.

Darauf wird dieser Gegenstand verlassen und die Discussion über die Unterbringung geisteskrank gewordener Gefangener fortgesetzt.

Her Westphal: Es ist auf die Uebelstände hingewiesen worden, welche die Aufnahme geisteskranker Verbrecher in die Irrenanstalten für letztere hat. Die Erfahrung, welche wir in der Charité gemacht haben, wo sich immer einige Untersuchungs- oder Criminalgefangene befinden, zeigt die Sache nicht so schlimm, wie man gewöhnlich annimmt. Die Bestrafung wird nicht bekannt, und die übrigen Geisteskranken sind mit sich zu sehr beschäftigt, um sich viel darum zu kümmern. Doch giebt es eine Categorie von geisteskranken Verbrechern, die in Irrenanstalten absolut nicht zu halten sind, welche die

Ordnung auf den Kopf stellen und den schlechtesten Einfluss ausüben. Solche haben wir auch gehabt und ich möchte sie nicht wieder haben. Man würde also das Gros der Verbrecher vielleicht in die Irrenanstalten aufnehmen können. Dem steht aber ein Umstand entgegen. Die Zahl der Geisteskranken in den Gefängnissen ist sehr gross und sie wird noch grösser, wenn man sich erst einmal mit der Sache befassen wird. Dann würden allerdings die Anstalten damit überschwemmt werden. Deshalb bin ich namentlich der Meinung, dass wir die geisteskranken Verbrecher nicht in die gewöhnlichen Irrenanstalten schicken sollen, sondern bin einverstanden mit dem Vorschlage von Herrn Baer; ich glaube nicht, dass sich dagegen vom medicinischen Standpunkte etwas würde einwenden lassen. Im Gegentheil, wir würden bei der von Herrn Baer vorgeschlagenen Einrichtung die Leute erst recht kennen lernen, was bis jetzt nicht der Fall ist. Nur scheint mir zweierlei bedenklich. Einmal, wie soll es sich mit der Dispositionsfähigkeit dieser Individuen verhalten, welche in den „Appendix“ gekommen sind, und dann, wer soll der Leiter dieser Anstalten sein? Dass trotzdem geisteskranke Verbrecher in die Irrenanstalt kommen werden, liegt auf der Hand; denn es wird vorkommen, dass Leute unheilbar geisteskrank nach Verbüßung ihrer Strafe entlassen werden. Dass übrigens ähnliche Einrichtungen, wie die vorgeschlagenen, sich bewähren, scheint sich bereits in Bruchsal, wie Herr Dr. Gutsch mittheilt, gezeigt zu haben. Allerdings hat sich Roller gegen den Letzteren ausgesprochen, indess sind die Anschauungen Roller's, welche sich in seiner jüngst publicirten Schrift niedergelegt finden, wie über die meisten anderen der behandelten Gegenstände, so auch über diesen, sehr unklar.

Herr Baer: Die ganze Frage bedarf eben der gesetzlichen Regelung. Ich habe mir vorgestellt, dass die Anstalt aus zwei Abtheilungen bestehen würde, von denen die eine die wirklich Geisteskranken umfasst, und hier hätte der Arzt die Frage der Dispositionsfähigkeit zu entscheiden. Die anderen, welche nur mehr zur Beobachtung aufgenommen werden, die eigenthümlichen von mir schon geschilderten Fälle, diese haben mit dem Irrenwesen Nichts zu thun. Sie sind gar nicht so geisteskrank, dass sie rechtlich als solche betrachtet werden können.

Herr Westphal: Wenn man auch diese Leute für nicht dispositionsfähig erklären würde, so würde der sonderbare Widerspruch entstehen, dass sie für zurechnungsfähig gehalten werden, aber nicht für dispositionsfähig.

Herr Mendel: Der Vorsitzende meinte, dass der Platz Schwierigkeiten machen würde. Die Irrenanstalten sind in derselben Lage wie die Gefängnisse, auch die letzteren sind überfüllt. Es werde gleich sein, ob man an Gefängnissen oder an Irrenanstalten anbaut; gebaut muss jedenfalls werden. Es scheint Herrn Baer darum zu thun zu sein, den irren Verbrechern eine bessere Lage als den Sträflingen zu gewähren. Ich kann nicht glauben, dass in diesen Appendices, in welchen die irren Verbrecher gehäuft vorhanden sind, die Lage derselben wirklich verbessert wird. Sie sind ja nichts Anderes, als die in England bestehenden Anstalten, nur mit dem Unterschiede, dass diese entfernt von dem Gefängnisse liegen. Jeder, der diese Anstalten kennt, wird zugeben, dass kein Gefängniss so schlimm aussieht, wie diese Anstalten, und dass nirgends die Freiheit der Kranken so beschränkt ist, wie in ihnen. Das Humanitätsprincip ist deshalb hier nicht zutreffend.

Herr Baer kann versichern, dass in unserem Gefängniswesen jeder Gefangene, welcher krank wird, sofort Gegenstand einer anderen Behandlung wird. Er tritt sofort unter die Verfügung des Arztes.

Herr Liman: Man muss sich, wie ich schon neulich sagte, über das Princip schlüssig machen. Ob die Anstalt an das Gefängnis oder an die Irrenanstalt gebaut wird, ist Sache der Praxis. Soll es ein Gefängnis sein oder eine Irrenanstalt, das ist die Frage. Wenn auch die gefährlichen irren Verbrecher in den Appendices sind, und sie haben ihre Strafe verbüsst, so kommen sie in die Irrenanstalten, ebenso wie diejenigen, welche wegen Unzurechnungsfähigkeit gar nicht verurtheilt wurden; wo ist dann der Vortheil der Einrichtung?

Herr Baer: Ich weiss nicht, warum Kranke, deren Strafzeit abgelaufen ist, und die im Asyl gewesen sind, warum sie nicht darin bleiben sollen, wenn dies gesetzlich geordnet ist. Die anderen wegen Unzurechnungsfähigkeit nicht verurtheilten irren Verbrecher gehören gar nicht in das Bereich dieser Discussion. Für mich handelt es sich darum, wie machen wir es, um die Geisteskranken aus den Gefängnissen zu bringen? Denn sie gehören ja gar nicht hinein.

### Sitzung vom 7. December 1874.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste anwesend sind die Herren:

Dr. Goldammer aus Berlin.

Dr. Lubimoff aus Petersburg.

Herr Sander demonstrirt eine Schädeldecke mit persistenter scheinbar abnorm gelagerter Stirnnaht.

Ueber die Persistenz der Stirnnaht ist vor noch nicht langer Zeit ein Aufsatz von Theodor Simon erschienen. Wenn meine Beobachtungen im Allgemeinen mit denen dieses Autors übereinstimmen, namentlich was das Verhältniss der Frequenz der erhaltenen Stirnnaht und ihre Beziehung zu Geistesstörungen anlangt, so ist doch ein Punkt, in dem ich mit Simon nicht übereinstimmen kann. Derselbe behandelt in jenem Aufsatz nämlich auch einen Abschnitt unter dem Titel: „Abnormitäten der Stirnnaht.“ Er äussert darin Folgendes: „Wenn man einen Kreuzschädel genauer ansieht, wird man finden, dass äusserst selten die Stirnnaht die genaue Fortsetzung der Pfeilnaht ist, vielmehr beginnt dieselbe fast stets einige Millimeter nach rechts oder nach links von der Stelle, in der die Sagittalis sich in die Kreuznaht einsetzt. Indem das untere Ende der Stirnnaht an der Nasenwurzel genau in der Mittellinie liegt, bekommt die grosse Mehrzahl der Stirnnahten einen etwas schrägen Verlauf.“ Diesen Bemerkungen scheint mir nach meinen Erfahrungen ein Irrthum zu Grunde zu liegen. Allerdings ist es nicht selten, wenn auch nicht so häufig, wie Simon anzunehmen scheint, dass die Stirnnaht nicht an der Stelle beginnt, wo die Pfeilnaht endigt, sondern etwas mehr nach rechts oder links von dieser Stelle; aber bei genauerer Betrachtung

zeigt sich, dass nicht die Stirnnaht einen abnormen Beginn, sondern die Pfeilnaht ein abnormes Ende hat. Nur weil wir die Aufmerksamkeit auf die Stirnnaht als etwas an sich Ungewöhnliches gerichtet haben, so imponirt sie uns auch der Lage nach als falsch. Die vorliegende Schädeldecke, welche von einer etwa 40 Jahre alt gewordenen, an paralytischer Geistesstörung zu Grunde gegangenen Frau stammt, war die erste, bei der mir dies Verhältniss auffiel. Man sieht in der That, dass die Stirnnaht einen Centimeter nach rechts von dem Endpunkte der Pfeilnaht ihren Anfang nimmt. Auf den ersten Blick glaubte ich, dass hier eine Verschiebung der Stirnnaht stattgefunden habe, und in der That wird dies wohl Jedem so erscheinen, der nicht genauer zusieht, besonders wenn man den Schädel von oben und hinten betrachtet, d. h. dem Verlaufe der Pfeilnaht vom hinteren Ende aus folgt. Bei genauerer Untersuchung aber zeigt sich, dass alle Punkte, welche symmetrisch liegen sollen, wie die Tubera und die foramina parietalia, eine ungleiche Entfernung vom vorderen Ende der Pfeilnaht aus haben, eine gleiche dagegen, wenn man vom Anfange der Stirnnaht aus misst. Beide Scheitelbeine zeigen an ihrem vorderen und inneren Winkel einen Theil, welcher sich durch Düntheit, weisse Farbe und stärkeres Durchscheinen von dem übrigen dickeren, röthlichen, weniger transparenten und mehr spongiösen Knochen abgrenzt. Diese etwa der früheren grossen Fontanelle entsprechende Partie ist durch das vordere Drittel der Pfeilnaht in zwei sehr ungleiche Hälften getheilt. Die Gleichheit der Ausdehnung wird sogleich hergestellt, wenn man sich die Stirnnaht verlängert denkt. Ganz entscheidend dafür, dass nicht die Stirnnaht abnorm liegt, sondern die Pfeilnaht eine abnorme Richtung nach links hat, ist die Betrachtung der inneren Fläche. Hier sieht man, dass die Anheftung des Sinus longitudinalis, welche von hinten aus zuerst in einer Vertiefung längs der Sagittalnaht liegt, im vorderen Verlaufe rechts von dieser gelagert ist und sich direct längs der Stirnnaht fortsetzt. Es scheint mir daher nicht zweifelhaft, dass es sich hier um eine Abnormität der Pfeilnaht handelt, welche in ihrem vorderen Drittel die Mittellinie verlässt und sich nach links wendet. Es lässt uns dies darauf schliessen, dass zur Zeit der Verkücherung der grossen Fontanelle das rechte Scheitelbein schneller in derselben fortschritt, als das linke und sich so auf Kosten des letzteren ausdehnte. Ob nun in allen Fällen, wo die Pfeilnaht und Stirnnaht sich nicht treffen, derselbe Umstand vorliegt, kann ich nicht sagen; doch glaube ich es deshalb, weil ich es stets, wo ich darauf achtete, so fand, und weil eine Täuschung aus dem angeführten Grunde so leicht möglich ist. Dass Simon dieses Verhältniss nicht beachtete, geht aus dem von ihm angeführten Beispiele hervor. Er sagt: „Besonders auffällig ist die Differenz an dem Schädel eines 10 jährigen Mädchens. Hier beginnt die Stirnnaht 1,5 Centimeter von der Mitte der Kranznaht, resp. dem Einmündungspunkte der Pfeilnaht. Die Naht läuft fast senkrecht (also nicht schräg!) nach unten, im obersten Drittheil gezackt, im mittleren Drittheil gerade und allmählig undeutlicher werdend, so dass im untersten Drittheil keine Spur von ihr zu sehen ist. Der Schädel ist dabei kein Schiefschädel.“ Ich glaube nicht, dass diese Beschreibung dafür spricht, dass die Stirnnaht abnorm beginnt, sondern mehr dafür, dass die Pfeilnaht nicht in der Mittellinie endet.

Ich möchte übrigens annehmen, dass eine solche schräge Richtung der

Pfeilnaht, also eine Vergrößerung des einen Scheitelbeins auf Kosten des anderen auch sonst oft vorkommen mag. Es wird dies nur nicht leicht auffallen, wenn die Stirnnaht nicht erhalten ist. In der That wird auch an diesem Schädel kaum Jemand auf die Vermuthung kommen, wenn man die Stirnnaht zudeckt. Eine weitergehende Bedeutung ist übrigens dem Vorkommnis gar nicht zuzuschreiben; denn die Form des Schädels im Ganzen bleibt dadurch unberührt; von einem Schiefschädel auf Grund dieser Abnormität kann keine Rede sein, und was den Inhalt des Schädels anlangt, so wird seine Symmetrie, wie das Verhalten des Sulc. longitudinalis zeigt, dadurch nicht gestört. Ich möchte mich auch ausdrücklich dagegen verwahren, dass ich irgend welches prädisponirende Moment für die Geistesstörung oder etwa gar für die Form derselben in diesem speciellen Falle fände. Dagegen erlaube ich mir noch die Aufmerksamkeit auf die Hinterhauptsnaht dieses Schädels zu lenken; dieselbe enthält auf der rechten Seite sieben zum Theil nicht unbedeutende Spaltknochen, von denen drei auch auf der inneren Fläche noch sichtbar sind, während sich links nur drei kleinere, auf der inneren Fläche nicht mehr erkennbare Nahtknochen finden. Vielleicht findet sich auch darin die Andeutung eines gesteigerten Wachsthums auf der rechten Seite.

Zur Discussion bemerkt:

Herr Westphal, dass die Pfeilnaht des besprochenen Schädels in ihrem vorderen Drittheil erst die abnorme Richtung einschlage.

Herr Mendel glaubt, dass diese Abnormität selten sein müsse, da Welcker, welcher die Stirnnaht so eingehend studirt habe, Nichts davon erwähnt, und fragt, wie häufig der Vortragende sie beobachtet habe.

Herr Sander: Eine genaue Zahlenangabe könne er nicht geben, doch glaube er, wie er schon im Vortrage erwähnt, dass zwar nicht die grössere Hälfte, wie Simon angiebt, gewiss aber ein grosser Theil der Schädel mit erhaltener Stirnnaht diese scheinbar abnorme Lagerung derselben zeige.

Darauf sprach Herr Solger über Amylnitrit. — Derselbe hebt die Bedeutung der neuen Forschungen Filehne's hervor. Unsere Kenntniss über die physiologische Wirkung des Amylnitrits ist nach vielem Schwanken durch sie zu einem vorläufigen und genügenden Abschlusse gekommen. Allein der Lähmung des im Hirne gelegenen Innervationscentrums der Arterien eines gewissen Bezirkes — Erröthungsbezirkes — ist die Ursache der an Kopf und Hals nach Einathmung von 2 bis 5 Tropfen des Präparates auftretenden Gefässerweiterung zuzuschreiben. Zugleich aber wird das Vaguscentrum vorübergehend paralytirt und so die Erhöhung der Schlagzahl des Herzens bedingt.

Vortragender zieht hieraus einige practische Folgerungen für die Einwirkung des Amylnitrit auf Circulation, Respiration und auf Ernährung des Hirnes.

Er beobachtete an sich selbst beim Aufenthalte in einer Amylnitritdampf enthaltenden Atmosphäre erschwertes Einschlafen trotz vorher bestandener Neigung zum Schlaf, später eine grössere Wärme und Turgescenz der Haut auch an den Extremitäten, welche längere Zeit anhielt, lässt es daher als Frage für eine weitere Forschung offen, ob nicht auch andere Centren der Gefässinnervation, wie schon Goltz im Rückenmarke nachgewiesen hat,

in ihrer Leistung durch Amylnitrit allmählig herabgesetzt werden, und somit das Centrum im Hirne nur das zuerst und am meisten betroffene sei.

Von den in Rede stehenden Einathmungen geringer Quantitäten Amylnitrit unterscheide Vortragender streng die Aufnahme grösserer Mengen des Präparates, welche geeignet sind das Blut tief zu alteriren und vergiftend zu wirken. Auf die Wirkung vergiftender Dosen geht er nicht näher ein.

Er spricht dann von der leichten Zersetzbarkeit des Amylnitrites unter Vorzeigung eines verdorbenen Präparates und von den Verunreinigungen, denen dasselbe unterworfen, empfiehlt schliesslich das von Mark in Darmstadt, von dem er selbst Anwendung gemacht habe.

Was die medicinische Anwendung des Amylnitrit betrifft, so unterscheidet Herr Solger eine diagnostische und eine therapeutische.

Bei Besprechung der Affectionen, bei denen das Amylnitrit angewendet worden, hebt Herr Solger die von anderen mehrfach und auch von ihm selbst bei Ohnmachten und gewissen Formen von Epilepsie beobachteten eclatanten Wirkungen hervor. Was die Anwendung gegen das Symptom des Schwindels betrifft, so beobachtete Solger auch hier einmal einen eclatanten Erfolg, constatirte aber andererseits in zwei Fällen, wo der Schwindel Folge von Malaria-Infektion war und durch Chinin sammt den übrigen Infectionserscheinungen beseitigt wurde, die gänzliche Wirkungslosigkeit des Mittels.

Ueber die mehrfach berichtete Wirksamkeit des Amylnitrit bei Hemiparalyse, Angina pectoris mit und ohne Herzfehler, Neuralgien am Kopfe, Asthma, Melancholie, sogenannten Menstruationsneuralgien, Cardialgie, Tetanie, Tetanus traumaticus u. s. w. besitzt Vortragender keine Erfahrungen.

Er hat das Mittel unter Anderem bei einem Kinde im ersten Lebensjahre angewandt, welches von halbseitigen clonischen Krämpfen ergriffen war. Hier zeigten sich alle physiologischen Wirkungen deutlich, ohne dass daneben ein anderer Einfluss auf den Gang der Krämpfe beobachtet wurde, als eine etwas tiefere Inspiration und ein vorübergehendes Anschlagen der Augen. Dasselbe Kind sodann der Einathmung von Chloroformdämpfen unterworfen, verlor die Krämpfe für einige Zeit.

Herr Solger weist hierbei auf die Analogie einer Beobachtung von Schüller in No. 26 der Berliner klinischen Wochenschrift von 1874 hin, in der unter dem Einflusse von Chloroform an den Pia-gefässen durch eine am Schädel eines Kaninchens angelegtes Fenster Verengerung gesehen wurde, welche verschwand und einer Erweiterung derselben Gefässe Platz machte, sobald man statt Chloroform das Thier Amylnitrit einathmen liess.

Herr Jastrowitz hat das Amylnitrit viel in Anwendung gezogen, mit gutem Erfolge bei einem Asthmatiker, mit weniger Vertrauen und ohne Erfolg bei Geisteskranken, namentlich Melancholischen. Er habe die von Hoestermann angegebenen Resultate nicht erreichen können und habe höchstens Abwehrbewegungen gesehen, wie sie bei Unannehmlichkeiten gemacht werden. Und unangenehm sei die Einathmung des Amylnitrites; es mache Schwindel. Er würde es deshalb auch nicht gegen Schwindel anwenden. Es sei ihm auch zweifelhaft geworden, ob die Hyperämie, welche bei der Einathmung entsteht, sich im ganzen Gehirn verbreitet; es scheinen nur einzelne Provinzen betroffen zu sein. Darauf sei er durch die Beobachtung gekommen, dass bei Kranken, welche das Mittel längere Zeit brauchen, weder

während der Inhalation Hyperämie der Sehnervenpapillen noch in den Zwischenzeiten zu constatiren war. Bei Epilepsie habe er keinen Erfolg erzielt.

Herr Sander will auf die mehrfach erörterte Anwendung des Mittels bei Asthma und Hemicranie nicht weiter eingehen; er habe es einige Mal recht erfolgreich gesehen. Was die Anwendung bei Epilepsie betrifft, so ist in Fällen, wo eine etwas lange dauernde Aura dem Kranken gestattet, aus einem beständig mitgeführten Fläschchen gleich im Beginne des Anfalls zu inhaliren, gewiss oft ein Coupiren der Anfälle möglich; leider sind diese Fälle selten; doch habe ich in einem derartigen Falle das Amylnitrit mit gutem Erfolge angewandt. Weniger glücklich war ich bisher in anderen Fällen von Epilepsie. Eben so wenig konnte ich bei Geisteskranken einen Erfolg durch das Mittel erzielen. Dagegen sah ich in zwei Fällen eine sehr unangenehme Nachwirkung, welche bisher, so weit mir bekannt, in der Literatur nicht erwähnt ist, und auf welche ich deshalb näher eingehen möchte, zumal sie doch zeigt, dass man vorsichtig bei der Anwendung des Amylnitrits sein muss. In beiden Fällen, welche geistesranke Frauen betrafen, trat nach dem Abbrechen der Inhalation, welche die gewöhnlichen Erscheinungen der Hyperämie zur Folge gehabt hatte, ein plötzlicher bedeutender Collaps ein. Ohnmacht, Hinsinken, Blässe des Gesichts, kleiner Puls und kalter klebriger Schweiss waren die Erscheinungen, welche mich das erste Mal überraschten und beängstigten. Erst längere Zeit nach diesen beiden Beobachtungen konnte ich ein Analogon in den Experimenten von Schüller finden, welcher angiebt, dass die Gefässe der Pia, nachdem sie sich unter dem Einfluss des Amylnitrits erweitert hatten, bald darauf eine starke Verengerung zeigten. Eine andere Erscheinung, welche der Vortragende nicht erwähnt hat, konnte ich auch in einigen Fällen constatiren. Die Kranken gaben nach der Inhalation spontan an, dass sie längere Zeit Alles gelb gesehen hätten, wobei sich nicht feststellen liess, ob es sich dabei auch nur, wie einige Experimentatoren fanden, um eine gelbe Färbung der dem blinden Flecke entsprechenden Stelle des Gesichtsfeldes handelte.

Herr Mendel möchte sich der Ansicht des Herrn Jastrowitz anschliessen, dass das Amylnitrit nur auf bestimmte Provinzen des Gehirns wirkt, auf andere nicht. Zu dem Schlusse komme er durch Temperaturmessungen im äusseren Gehörgange, welche keine Veränderung der Temperatur nach der Einwirkung des Mittels ergeben hätten.

Herr Solger: Wenn auch unmittelbar nach der Inhalation eine Art von Schwindelgefühl bemerkt werde, so frage es sich doch, ob es nicht anderweitig bestehende Schwindelempfindungen gäbe, die durch Amylnitrit beseitigt würden; es sei dies ein anderer Fall und, dass derselbe vorkomme, durch die im Vortrag erwähnte Beobachtung erwiesen.

Von der Wirksamkeit des Amylnitrit gegen Ohnmachten könne man sich leicht überzeugen. Was aber den von Herrn Dr. Sander erwähnten Collaps anlange, so sei die Erklärung durch die Experimente Schüller's a. a. O. gewiss beherzigenswerth. Sie bewiesen, dass man eine Amylnitritinhalation nicht brüsk abbrechen dürfe, was übrigens zum Theil durch die in der Umgebung des Inhalirenden sich verbreitenden Dämpfe, noch mehr durch ein sogleich näher zu beschreibendes Verfahren verhindert werde.

Er selbst habe, während er Versuche mit Amylnitrit anstellte, keine besonderen Unannehmlichkeiten empfunden, eben so wenig, wie bereits erwähnt, beim Aufenthalte und beim Schlafen in einer stark nach dem Präparate riechenden Zimmerluft.

Viel komme wohl auf die Reinheit des Mittels an. Wie wirksam es aber dann bei solchen Epileptikern sei, deren Aura in einer Gefässneurose bestehe, dafür könne er ein eclatantes Beispiel anführen.

Ein an Epilepsie erst kurze Zeit leidender Beamter habe eine derartige Aura am rechten Beine. Derselbe führe beständig ein Fläschchen Amylnitrit bei sich und rieche daran, sobald die Aura sich bemerklich mache. Seitdem er dies thue, sei der Aura nie mehr Bewusstlosigkeit oder Krampf gefolgt und der Mann gehe seinem Berufe nach, was früher nicht möglich war. Aber auch in Fällen ohne Aura habe er beobachtet, dass durch Amylnitrit die begonnenen Anfälle abbrechen, nicht dagegen, dass sie seltener eintreten.

Hierauf zeigt der Vortragende grössere Lymphröhrchen vor, die von ihm mit Amylnitrit zu 3 bis 5 Tropfen gefüllt und dann zugeschmolzen sind. Im Falle der Anwendung werden diese Röhrchen in ein Leinwandläppchen gewickelt und in diesem in der Gegend ihres dickeren mittleren Theiles zerbrochen, unmittelbar vor der Respirationsöffnung des Kranken, woselbst man das Läppchen belässt, bis das Präparat verdunstet ist.

Vortragender hat von diesen Röhrchen in der Privatpraxis und in einem unter seiner ärztlichen Leitung stehenden Asyle für Epileptische erfolgreich Gebrauch gemacht. Das Amylnitrit bleibt in ihnen rein und unzersetzt, zur augenblicklichen Anwendung in bekannter, möglichst bestimmter Dosis bereit, und in dem längeren Vorhalten des genannten Leinwandläppchens ist eine Garantie gegen die von Herrn Sander erwähnten Collapse geboten.

Herr Sander ergänzt seine Bemerkung dahin, dass die Inhalation in jenen beiden Fällen nicht besonders plötzlich abgebrochen worden sei, und dass auch die Zimmerluft noch die Dämpfe des Amylnitrit enthielt. Nur die Erscheinungen des Collaps traten plötzlich auf.

Herr Bernhardt erinnert daran, dass von englischen Autoren das Amylnitrit nicht bloss bei einzelnen epileptischen Anfällen, sondern auch beim sogenannten Status epilepticus erfolgreich angewendet worden sei. Er glaubt ferner, dass die Wirkung des Amylnitrit sich im äusseren Gehörgang nicht so prompt zeigen könne. Selbst wenn ein Thermometer sich im Gehirn oder unter der Pia befände, würde es zweifelhaft sein, ob man eine Steigerung der Wärme finden könnte. Ausserdem sei es sicher, dass die Gefässe der Pia sich erweitern und dieselben Gefässe versorgen auch das Gehirn.

Herr Mendel bemerkt dagegen, dass die Wirkung nach anderen Mitteln (wie Chloral) sich sehr präcis im Gehörgange zu erkennen giebt.

Herr Samt: In einem Falle von Melancholie bei circularer Geistesstörung habe er vom Amylnitrit einen eclatanten, aber mehr sonderbaren Erfolg gehabt. Die betreffende Kranke wurde heiterer und lachte, verlor für einen Augenblick ihre Melancholie, die sich aber bald nachher wieder einstellte.

Herr Westphal erhebt Einspruch gegen zu weit gehende diagnostische Schlüsse, welche etwa an einen Erfolg oder Nichterfolg bei Einathmung des Amylnitrit geknüpft werden könnten.

Hierauf wurde dieser Gegenstand verlassen und begann Herr Westphal den angekündigten Vortrag über einen Fall von transitorischem Irresein mit Mordtrieb.

### Sitzung vom 4. Januar 1875.

Vorsitzender: Herr Westphal.  
Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste anwesend die Herren:

Dr. Müller aus Blankenburg.  
Assessor Deutsch aus Berlin.

Nach Verlesung und Annahme des Protocolls der letzten Sitzung trägt der Schriftführer den Bericht über das Jahr 1874 vor.

Die Gesellschaft zählte am Anfange des Jahres 1874: 48 Mitglieder, von denen zwei wegen ihres Fortganges aus Berlin ausschieden.

Neu aufgenommen wurden 10 Mitglieder, so dass die Gesellschaft gegenwärtig 58 Mitglieder umfasst, zu denen sich zwei Ehrenmitglieder und drei auswärtige gesellen.

Der Kassenbestand betrug am 1. Januar 1874: 65 Thlr. 6 Sgr. Vereinnahmt wurden 90 Thlr. 20 Sgr., ausgegeben dagegen 40 Thlr. 8 Sgr., so dass am 31. December ein Bestand von 115 Thlr. 18 Sgr. blieb oder von 346 Mark 80 Pfennige.

Während des verflossenen Jahres wurden in neun Sitzungen 15 Vorträge gehalten, und zwar sprachen die Herren:

1. Curschmann: Ueber das Verhältniss der Halbcirkelcanäle des Ohr-labyrinthes zum Körpergleichgewicht.
2. Hitzig: Ueber die motorischen Centren in der Gehirnrinde der Affen.
3. Bernhardt: Ueber Lähmung des Nv. radialis.
4. Mendel: Ueber den Entwurf des Vormundschaftsgesetzes.
5. Westphal: Ueber anatomische Veränderungen des Nerv. radial. bei Bleilähmung.
6. Bernhardt: Ueber Affectionen der Hirnoberfläche beim Menschen.
7. Hitzig: Ueber Erscheinungen vasomotorischer Lähmung bei Paralyse des Nerv. axillaris.
8. Curschmann: Ueber einige Fälle von Gleichgewichtsstörung bei Läsion der Halbcirkelcanäle.
9. Falk: Ueber Holzapfel und seinen Process.
10. Mendel: Ueber das von Herrn Menzel in Sachen Friedländer abgegebene Gutachten.
11. Baer: Ueber die Unterbringung geisteskrank gewordener Verbrecher.
12. Hitzig: Ueber einen Fall von Nystagmus und Schwindelgefühl.
13. Sander: Ueber die scheinbar abnorme Lage einer persistirenden Stirnnaht.
14. Solger: Ueber Amylnitrit.
15. Westphal: Ueber einen Fall von transitorischem Irresein mit Mordtrieb.

An die meisten dieser Vorträge knüpften sich mehr oder weniger eingehende Discussionen an.

Durch Acclamation werden die früheren Vorsitzenden und der Schriftführer, so wie die Mitglieder der Aufnahme-Commission auch für das nächste Jahr gewählt.

Ferner beschliesst die Gesellschaft am 1. Februar ihr Stiftungsfest zu feiern.

Hierauf erhielt das Wort Herr Skrzeczka zu einem Vortrage über den Gemüthszustand des Fräulein Elise Hesselt.

Diese durch ihre Anklage gegen den Polizeipräsidenten v. Wurmb bekannte Dame musste allerdings dem Inhalte ihrer Anklageschrift nach als geisteskrank erscheinen, aber dieser erste Eindruck schwand bei der persönlichen Exploration. Es liess sich weder in dieser, noch in den nur unvollständig bekannten anamnestischen Thatsachen etwas Auffälliges finden, was eine bestehende Geisteskrankheit hätte erkennen lassen. Dies, so wie das negative Ergebniss der körperlichen Untersuchung und die Würdigung mancher äusseren Verhältnisse liessen den Vortragenden bei der ersten Untersuchung den Geisteszustand der Hesselt als normal bezeichnen. In der zweiten Instanz aber ergaben sich bei erneuter Untersuchung Momente, welche das Bestehen einer geistigen Störung unverkennbar machten. Es stützt sich dies Urtheil auf die genauere Beobachtung während der Haft und namentlich auf Schriftstücke, welche die Hesselt in der Haft an den Reichskanzler und andere Persönlichkeiten schrieb, in denen sie ihrer Verdienste um den Staat wegen eine grössere Belohnung verlangt und unter Anderem angiebt, dass sie durch eine wichtige Entdeckung, welche sie in Paris gemacht, das deutsche Heer vor verderblichen Anschlägen gerettet habe, dass die Politik Bismarck's durch ihre Rathschläge vortheilhaft geleitet worden sei; sie will Artikel in den Zeitungen gefunden haben, welche mittelbar eine Antwort auf ihre an den Reichskanzler gerichteten Briefe waren und dergleichen mehr. Diese und andere Wahnvorstellungen, verkehrte Auffassung der wirklichen Verhältnisse, vielfache Illusionen und querulirende Anschauung über ihren Process characterisiren die als „Verrücktheit“ zu bezeichnende geistige Störung, welche, wie der Vortragende ausführt, viel Gemeinsames mit den aus Hysterie hervorgehenden Geisteskrankheiten hat, obgleich die Hesselt sonst eigentlich keine Erscheinungee von Hysterie zeigt.

Herr Liman findet es auffallend, dass von den Briefen, welche die Hesselt an das Reichskanzleramt gerichtet haben will, vorher Nichts bekannt geworden sei, und hält deshalb deren Existenz für zweifelhaft, zumal da ja der Verdacht der Geistesstörung gleich und sogar bei den Beamten entstanden sei.

Herr Skrzeczka meint, er habe es für sein Gutachten nicht für nöthig gehalten, diesen Punkt zu eruiren, da die Krankheit in jedem Falle bewiesen war.

Herr Samt fragt, ob über Heredität etwas bekannt sei.

Herr Skrzeczka verneint dies.

Herr Sander: So weit durch die Zeitungen ihm bekannt geworden, habe die Hesselt schon im Anfange ihres Processes zwei auffällige Gedanken ge-

äussert, nämlich, dass der Staat verpflichtet sei, ihr eine sehr bedeutende Geldsumme dafür zu zahlen, dass ihr Vater nach dem ersten französischen Kriege aus seinem Amte entlassen worden, und dann, dass sie von einem englischen Lord, durch den sie überfahren worden, den sie aber nicht kannte, Geld erhalten werde. Wenn man diese Gedanken in Verbindung mit der doch so auffälligen Denunciationsschrift verfolgt hätte, so hätte man vielleicht doch schon früher die Störung erkennen können.

Herr Skrzeczka: Die Hesselt habe allerdings Aehnliches geäussert, doch sei die Sache so wenig auffällig gewesen, dass z. B. in der zweiten Angelegenheit Herr v. Wurmb auf ihr Verlangen nach England telegraphirt habe, um den Namen jenes Lords zu erfahren.

Herr Westphal macht darauf aufmerksam, dass keine eigentlichen Hallucinationen vorhanden zu sein scheinen, sondern nur Illusionen; dies seien zum Theil gerade für die Beurtheilung schwere Fälle. Interessant sei auch, dass hier der eigentliche Faden zuerst durch schriftliche Aeusserungen gegeben wurde. Dass diese Vorstellungen von Nothzucht, wie der Vortragende ausgeführt, gerade bei Hysterisch-Verrückten vorkommen, möchte er in dieser Allgemeinheit nicht sagen, obgleich kürzlich in der Charité etwas Aehnliches bei einer Hysterischen vorgekommen sei.

Herr Remak erzählt auf Anregung des Vorredners den betreffenden Fall ausführlicher, eine früher schon geisteskranke hysterische Patientin der Nervenklinik betreffend, welche nach ihrer Entlassung einen verwirrten Brief schrieb, aus welchem hervorging, dass sie sich dort entehrt glaubte etc.

Herr Bernhardt erinnert sich eines ähnlichen Falles.

Ihr Stiftungsfest feierte die Gesellschaft am 1. Februar durch ein gemeinschaftliches Mittagmahl, an welchem sich zahlreiche Gäste beteiligten.

### Sitzung vom 1. März 1875.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Anwesend als Gast:

Herr Dr. Fürst aus Memel.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird vorgelesen und genehmigt.

1. Herr W. Sander zeigt ein menschliches Gehirn vor, dessen Hinterhauptslappen eine deutliche und gut entwickelte Fissura perpendicularis externa hat, in welcher sich eine Uebergangswindung vom hinteren unteren Scheitelläppchen zur zweiten Occipitalwindung befindet. Es wird auf das normale Vorkommen dieser Bildung bei den höheren Affen, auf die grosse Seltenheit derselben bei erwachsenen Menschen hingewiesen und betont, dass dieser anthropologisch so interessante Befund sich erklären lässt, wenn man auf die fötale Entwicklung zurückgeht, indem auch der Mensch im 7. Monat des intrauterinen Lebens vorübergehend eine ähnliche Spalte zeigt. Das in Rede stehende Gehirn, von welchem noch einige andere Eigenthümlichkeiten in der Bildung der Furchen und Windungen demonstriert werden, gehörte einem geisteskranken Manne an, welcher auch in seinem äusseren Habitus manches

Affenähnliche zeigte. Schliesslich erörtert der Vortragende, ob und in wie weit es möglich ist, eine, wenn auch nur ganz entfernte, Beziehung zwischen jener Hirnanomalie und der geistigen Störung aufzufinden.

Herr Ideler kann aus eigener Anschauung das erwähnte affenartige Aussehen des Kranken bestätigen. Er hebt noch die faltenreiche Gesichtshaut hervor und die geringe Entwicklung der Gesichtsmuskeln. Der Kranke hatte einen eigenthümlichen, grämlichen Gesichtsausdruck, wie man ihn auch bei manchen atrophischen Kindern sieht.

Herr Westphal fragt, ob das Gehirn gewogen ist.

Herr Sander: Dies sei nicht geschehen, da keine Vermuthung einer abnormen Hirnbildung vorlag; in seinen Dimensionen wich das Gehirn nicht bemerkbar von der Norm ab.

Herr v. Chamisso wünscht Auskunft darüber, was der Patient gewesen und ob er selbstständig war.

Herr Sander: Als selbstständig sei derselbe wenigstens angesehen worden. Er war Arbeiter und beschäftigte sich bis kurze Zeit vor seiner Aufnahme. Genaueres liess sich über ihn nicht erheben. Da er aber verheirathet war, so ist wenigstens nicht eine auffällige geistige Beschaffenheit anzunehmen.

Herr Hitzig: Die Furchen des Gehirns seien überhaupt sehr variabel, wovon er sich vielfach, namentlich auch an dem Sulc. cruciatus des Hundehirns überzeugen konnte. Dieselben scheinen, wie Reichert hervorgehoben, theilweise vom Verlauf der Blutgefässe abhängig zu sein.

Hierauf wurde dieser Gegenstand verlassen.

2. Herr Samt bespricht einen Fall von *circumscripiter Encephalitis der Grosshirnrinde*. Die Encephalitis war ausschliesslich eine Rindencephalitis und betraf vollkommen symmetrische Regionen in beiden Hemisphären sowohl an der Convexitätsfläche wie an der medianen Hemisphärenfläche, und zwar nahmen die Regionen beiderseits das hintere Stirnhirn ein mit Inbegriff der vorderen Centralwindungen. Die Region der Encephalitis war also zu einem grossen Theile identisch mit der „motorischen Region.“ Klinisch hatten dreierlei Symptome bestanden: 1. fast vollkommene Sprachlosigkeit bei stark benommenem Sensorium; 2. automatische Gesticulationen und 3. vereinzelte epileptische Krampfanfälle. Da nun unter den klinischen Erscheinungen motorische Reizerscheinungen, nämlich automatische Gesticulationen und Krampfanfälle eine Hauptrolle spielten, so läge es gewiss sehr nahe, die Erscheinungen direct auf den Befund zu beziehen, und in diesem Sinne würde der Fall als eine Encephalitis der „motorischen Region“ ein Unicum darstellen. Der Vortragende nimmt aber von einer Erörterung des Falles in diesem Sinne Abstand, einmal, weil die physiologische Bedeutung der „motorischen Region“ noch fraglich ist, vor allem aber, weil er auch bei anderen Oberflächenaffectionen, welche gar nicht direct die Rinde betrafen, z. B. bei flachen Intermeningealhämmorrhagien, bei manchen Oberflächenhämmorrhagien in Folge von Schädelbrüchen, bei manchen Fällen von Meningitis u. s. w. einen ganz analogen Symptomencomplex gesehen hat. Er erklärt den Symptomencomplex des Falles, also die Symptomentrias: 1. mehr oder weniger aphatische Sprachlosigkeit bei mehr oder weniger benommenem Sensorium, 2. automatische Gesticulationen und delirantenartige Bewegungen

(ohne Tremor), 3. epileptische Krampfanfälle — für einen vielen Oberflächenaffectionen gemeinsamen und gewissermassen pathognomischen, und er wird an anderer Stelle, wo auch die Details des Falles näher erörtert werden sollen, durch casuistische Belege die Behauptung zu erhärten suchen.

Herr Bernhardt will bemerken, dass die automatischen Bewegungen ein Symptomencomplex neueren Datums sind. Es scheint aber derselbe Complex von Symptomen auch unter anderem Namen beschrieben zu sein, namentlich in Frankreich, und besonders finden sich in Krankengeschichten unter dem Namen „Chorea“ Schilderungen, welche den automatischen Bewegungen mehr oder weniger gleichen.

Herr Fürstner berichtet über einen hierher gehörigen Fall. Eine schwangere Frau, welche früher keine Krämpfe gehabt, starb, nachdem sie mehrere Tage lang an epileptischen Anfällen, dem status epilepticus, gelitten. Bei der Obduction fanden sich alle Organe normal, nur in der zweiten Stirnwandung ein Cysticercus. Dieser allein konnte nicht die Veranlassung der Convulsionen gewesen sein; es fand sich aber in seiner Umgebung im Umfange eines Viergroschenstückes die Rinde stark geröthet und von Hämorrhagien durchsetzt, aber von der Rinde nur die obere Partie. Man braucht keinen Anstand zu nehmen, die Krampfanfälle auf die Encephalitis zu beziehen und nicht auf den Cysticercus. Vielleicht war auch die Schwangerschaft das veranlassende Moment.

Herr Remak erklärt sich gegen die Auffassung des Herrn Bernhardt, dass es möglich ist, diese automatischen Bewegungen mit Chorea zu verwechseln. Er selbst hat einen Fall beobachtet, bei dessen Obduction sich ein grosser Tumor fand, und in welchem bei erhaltenem Bewusstsein derartige Bewegungen gemacht wurden, Bewegungen, welche wie ein Greifen anzusehen waren, aber an einer gelähmten Hand.

Herr Samt kann den Fürstner'schen Fall nicht als einen analogen ansehen, und eine Verwechslung mit Chorea scheint ihm nicht möglich, da bei den automatischen Bewegungen immer der Schein entsteht, als ob eine Absicht, etwas Bewusstes dabei sei.

Herr Bernhardt: Er selbst werde es auch nicht verwechseln. Aber andere, denen die Sache noch fremd sei, könnten dies wohl, und die Beschreibungen in manchen Krankengeschichten französischer Autoren unter der Bezeichnung Chorea zeigten dies eben.

Herr Henoch: Auch bei uns wird manchmal eine Krankheit als Chorea bezeichnet, welche den automatischen Bewegungen ähnlich ist. Es sind das Fälle von Chorea magna. Hierbei kommen die Bewegungen aber anfallsweise.

Herr Samt betont, dass er nicht allein die Bewegungen in's Auge gefasst hat, sondern auch die anderen Erscheinungen, welche in ihrer Gesamtheit ein Krankheitsbild bei organischen Hirnkrankheiten geben.

Herr Westphal bemerkt, dass es interessant wäre, wozu Herr Henoch Gelegenheit habe, auf die Meningitis bei Kindern zu achten, bei welcher auch solche automatische Bewegungen vorkommen. Hierher gehöre vielleicht auch das bekannte Greifen an die Genitalien.

Herr Samt: Er habe nicht alle Fälle anführen wollen; aber derselbe Symptomencomplex finde sich bei vielen Affectionen der Oberfläche, auch bei Meningitis, bei Blutungen in die Meningen u. a.

Herr Henoch: Bei der Meningitis der Kinder werde es selten sein, weil sie meist basilar ist; in einem Falle von Affection der Convexität, den er vor Kurzem beobachtete, sei eine derartige Störung nicht wahrnehmbar gewesen.

### Sitzung vom 3. Mai 1875.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gast anwesend:

Herr Dr. Pick aus Wien.

Nach Verlesung und Annahme des Protocolls der letzten Sitzung verliest der Vorsitzende einen Brief des Herrn Hitzig, welcher bei seiner Uebersiedelung nach Zürich den Austritt aus der Gesellschaft anzeigt und daran die Bitte knüpft, derselben als auswärtiges Mitglied auch ferner angehören zu dürfen. Ein dahin gehender Antrag des Vorsitzenden wird einstimmig angenommen.

Ferner berichtet der Vorsitzende unter Bezugnahme auf das Interesse, welches der Fall Holzapfel erregt hat, dass Herr Falk aus Anlass der Zeitungsnachrichten über Holzapfel sich an den Arzt der Strafanstalt zu Halle, Herrn Kreisphysikus Dr. Delbrück gewandt und von diesem die Mittheilung erhalten hat, dass die Zeitungsergüsse wohl auf einer Verwechslung beruhen, und dass bis jetzt nur einige Anfälle von Nachtwandeln bei Holzapfel beobachtet worden sind.

Hierauf wurde zur Tagesordnung übergegangen.

1. Herr Westphal: Ueber einige durch mechanische Einwirkung auf Muskeln und Sehnen hervorzubringende Bewegungserscheinungen:

Im Jahre 1871 wurde der Vortragende zuerst bei einem Patienten auf eine eigenthümliche Erscheinung aufmerksam, die darin bestand, dass, sobald man auf das Ligamentum patellae des paretischen Beines dieses Patienten, wenn es sich in Beugstellung befand, ganz leicht mit dem Finger oder Percussionshammer klopfte, das Bein eine plötzliche Streckbewegung machte, der Quadriceps femoris also, wovon man sich auch durch Gefühl und Gesicht leicht überzeugen konnte, in eine Contraction gerieth. Seitdem hat der Vortragende diese Erscheinung bei den verschiedensten Kranken seiner Nervenklinik und bei Gesunden weiter verfolgt. Es ergab sich dabei, dass man die Erscheinung durch stärkeres Schlagen auf das Ligamentum patellae fast bei allen Gesunden hervorrufen kann, dass aber bei gewissen Motilitätsstörungen der Beine das leichteste Klopfen genügt, ein Unterschied, der besonders bei halbseitigen Lähmungen oft sehr deutlich zu demonstrieren ist; Klopfen auf die Patella ist ohne Erfolg, wohl aber tritt die Streckung auch, wengleich nicht so leicht, öfter beim Klopfen oberhalb der Kniescheibe auf die Sehne des Quadriceps oder auf diesen selbst auf. Dass die Erscheinung nicht durch einen Reflex von der Haut aus zu erklären ist, davon hat sich der Vortragende durch vielfache Untersuchungen überzeugt. Die Erklärung

ist seiner Ansicht nach wo anders zu suchen. Zunächst müsse er aber noch ein anderes Phänomen besprechen, welches dem eben erwähnten als vollständig analog zu betrachten sei; nur habe er es bei Gesunden nicht beobachtet. Bei gewissen Lähmungszuständen der unteren Extremitäten nämlich entstehe, wenn man den Fuss plötzlich in Dorsalflexion bringt und ihn darin erhält, starkes Zittern des Fusses, bestehend in abwechselnder Dorsal- und Plantarflexion, eine Erscheinung, die man durch eine kräftige Plantarflexion des Fusses sofort wieder zum Verschwinden bringen könne; Klopfen auf die Achillessehne (wobei man den Fuss leicht dorsalflectirt hält) erzeugt je nach den Umständen eine einmalige Plantarflexion oder das andauernde Zittern. Es liegt bei diesem „Fussphänomen“ (wie der Vortragende die Erscheinung, um nichts zu präjudiciren, nennen will) dieselbe Thatsache vor, wie bei dem „Kniephänomen.“ Durch Zerrung der Achillessehne als Folge einer plötzlichen passiven Dorsalflexion des Fusses ertsteht nämlich eine Contraction der Wadenmusculatur und dadurch Plantarflexion; da aber die Dorsalflexion durch die Hand des Untersuchers sofort wiederhergestellt wird, tritt eben dadurch wieder eine Zerrung der Sehne ein, dadurch Contraction der Wadenmuskeln u. s. w.; ebenso wenn man, wie angegeben, durch Klopfen mit dem Percussionshammer auf die Achillessehne dieselben erschüttert hat. — Das Fussphänomen findet sich bei Hemiplegien und Hemiparesen auf der gelähmten Seite und bei Paraplegien und Paraparesen; besonders stark ist es oft in den Fällen von Paraplegie mit Steifigkeit und Rigidität der unteren Extremitäten entwickelt, und zwar unabhängig von einer etwa gleichzeitig bestehenden erhöhten Reflexerregbarkeit der Haut. Weder das Fussphänomen noch das öfter zu beobachtende Zittern des ganzen Beines hört, wie Brown-Séquard für Fälle, welche übrigens mit den in Rede stehenden nicht identisch sind, meint, durch Plantarflexion der grossen Zehe auf; nur Plantarflexion des Fusses ist, wie erwähnt, wirksam. Constant fehlt das Fussphänomen in den Fällen von *Tabes dorsualis*. Das Kniephänomen findet sich sehr häufig gleichzeitig da, wo das Fussphänomen zu beobachten ist, abnorm stark ausgeprägt; andere Male scheint das Auftreten beider unabhängig von einander zu sein. Die Rückenmarkserkrankungen, bei denen die Erscheinungen gefunden wurden, waren Compression des Rückenmarks, fleckweise graue Degeneration und Myelitis; niemals waren die Erscheinungen zu beobachten bei grauer Degeneration der Hinterstränge bis in den unteren Brust- und Lendentheil (gewöhnliche *Tabes dorsualis*), dagegen kamen sie vor in Fällen, in denen sich die graue Degeneration der Hinterstränge nicht bis in den unteren Brust- und Lendentheil erstreckte, und in denen gleichzeitig eine vom Hals- bis zum Lendentheile fortlaufende Degeneration der Seitenstränge vorhanden war.

Als Ursache der beschriebenen Phänomene glaubt der Vortragende nicht, wozu man zunächst geneigt sein könnte, einen Reflex von den Sehnen oder Muskeln aus annehmen zu müssen, sondern eine directe Erregung des Muskels durch die mechanische Zerrung desselben oder Erschütterung von seiner Sehne aus. Er führt dies des Weiteren aus. Abnorme Contractionszustände des Muskels mögen disponirend wirken; so constatirte z. B. Dr. Remak das Fussphänomen auch in Fällen von Gelenkrheumatismus; hier wäre ebenfalls an einen besonderen Spannungszustand der Wadenmusculatur zu denken. —

Diagnostisch zu verwerthen sei vorläufig die Thatsache, dass, so weit die Beobachtung des Vortragenden reicht, da, wo Kniephänomen oder Fussphänomen vorkommen, keine sich bis in den unteren Brust- und Lendentheil erstreckende graue Degeneration der Hinterstränge vorhanden ist. Die Erscheinungen selbst wurden der Gesellschaft an einem Fall von Hemiplegie demonstriert.

Herr Bernhardt fragt, ob der Vortragende ähnliches auch an den oberen Extremitäten beobachtet habe.

Herr Westphal bejaht dies.

Herr Bernhardt: Er habe nämlich einen Fall in Beobachtung, in welchem bei einem linksseitigen Hemiplegiker das Phänomen durch Dorsalflexion der Hand hervorgebracht wird. Dasselbe tritt sogar ein, wenn man die obere Extremität im Ellbogen plötzlich stark beugt. Auch am Fuss und Knie ist das Phänomen exquisit entwickelt.

Herr Westphal fragt, wie lange nach dem Anfall sich die Erscheinung entwickelte.

Herr Bernhardt: Es seien wenigstens 4 bis 5 Monate verflossen.

Herr M. Meyer erwähnt, dass er gegenwärtig einen Mann in Behandlung habe, bei dem sich Parese eines Beines, jedenfalls von einem Leiden des Lendentheiles des Rückenmarkes ausgehend, entwickelt hat, und bei dem sich das in Rede stehende Phänomen am Knie deutlich zeigt.

Damit schloss die Discussion über diesen Gegenstand.

2. Herr Ideler demonstriert den Schädel einer in der städtischen Irrenanstalt im Alter von 21 Jahren verstorbenen Idiotin. Der Schädel, seiner Form nach zu den microcephalen gehörig, bietet folgende Abnormitäten dar:

Synostose der linken Coronalnaht; in Folge derselben Kraniosinose in der Richtung des Längendurchmessers und compensatorische Vergrößerung des Breitendurchmessers. Die Frontalnaht ist erhalten. — Die Augenhöhlen zeigen eine eigenthümliche Configuration durch das Ueberwiegen des Höhendurchmessers über den Breitendurchmesser. Tiefe wie Rauminhalt der Orbitae sind erheblich verringert. Die Augenhöhlendächer haben einer mehr der Verticalen sich nähernde Lage, wie man es beim Thierschädel findet.

Am horizontal aufgesägten Schädel zeigt sich der sehr steile Clivus dicht an der Stelle, wo derselbe im normalen Zustande mit jenen beiden Gelenktheilen enge verschmolzen ist, die nach rechts und links aus einander weichend den vorderen Halbkreis des grossen Hinterhauptsloches bilden und beiderseitig durch die Process. anonym. in hügeligen Erhebungen endigen, zu einer Knochenbrücke von 5 Millimeter Breite verschmälert, deren Höhe 2 Millimeter beträgt. Der Vortragende hat nur einen ähnlichen Fall von Bildungshemmung bei einem Anencephalus gesehen, der im Cabinet des hiesigen pathologisch-anatomischen Instituts der Charité aufbewahrt wird.

Bei der Betrachtung des Schädelgrundes findet sich ferner, dass die linke Hinterhauptshälfte hervorgetreten ist und weiter zurücksteht als die rechte, so dass der Schädelgrund in eigenthümlicher Weise verzogen erscheint. L. Meyer beschreibt diese Difformität unter der Bezeichnung „scoliotischer Schädel“ und will sie stets bei Scoliose der Wirbelsäule gefunden haben. In dem vorliegenden Falle war linksseitige Scoliose vorhanden.

Eine eingehendere Beschreibung des Schädels bleibt einer späteren Arbeit vorbehalten.

Eine Discussion schloss sich daran nicht an.

### Sitzung vom 7. Juni 1875.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste anwesend sind die Herren:

Dr. Trützschel aus Kiew.

Dr. Schmidt aus Pankow.

Dr. Pick aus Wien.

Vor der Tagesordnung erhält Herr Zinn das Wort und macht die Mittheilung, dass das Entmündigungsverfahren gegenwärtig in einer Subcommission der Reichsjustizcommission durchberathen sei. Die gefassten Beschlüsse ändern in wesentlichen Punkten den Gesetzentwurf ab und entsprechen vielfach den wirklichen Bedürfnissen und den Wünschen der Irrenärzte.

Der Vorsitzende dankt Herrn Zinn für diese erfreulichen Mittheilungen.

Darauf demonstrirt Herr Mendel einige mit dem Gudden'schen Microtom gefertigte, durch das ganze Gehirn gehende Schnitte.

Herr Henoch theilt hierauf die Krankheitsgeschichte eines 6 Jahre alten Kindes mit, welches an tabesartigen Störungen, aber ohne Anomalien der Sensibilität litt. Reizung der Genitalien war vorausgegangen. Nach Beseitigung derselben und unter dem Gebrauch von Bädern und Roborantien heilte die Krankheit. Der Vortragende glaubt, dass materielle Läsionen nicht anzunehmen seien, sondern dass es sich um eine Ataxie gehandelt habe, welche durch den Einfluss der Genitalienreizung zu Stande gekommen. Jedenfalls sei Ataxie bei Kindern selten.

Herr Westphal hat einen Fall bei einem Knaben gesehen, der ihn ebenfalls durch das ausgebildete Bild der Tabes überraschte. Die Krankheit bestand Jahre lang. Was die Heilung anlange, welche die Tabes ausschliessen sollte, müsse man doch auch daran denken, dass es sich nur um eine Remission gehandelt haben könne, wie sie bei Erwachsenen so häufig eintrete.

Herr Henoch: Er habe den Fall hauptsächlich mitgetheilt, weil ihm Tabes in diesem Alter noch nicht vorgekommen sei, und er auch in der Literatur Nichts davon gefunden habe.

Herr Henoch spricht ferner über einen eigenthümlichen Stimmkrampf, welchem er bei einem 9 Jahre alten, sonst gesunden, nur öfter an Catarrh leidenden Mädchen zu beobachten Gelegenheit hatte. Dasselbe stieß in Pausen von 5 bis 15 Minuten einen brüllenden Ton, einmal oder ein paar Mal hinter einander aus. Der Anfall kam spontan, ganz besonders aber beim Husten oder auch, wenn die Kranke nur den Versuch zu husten machte. Letzteres ist physiologisch von Interesse, und da schon gewissermassen die Einstellung der Muskeln zum Husten den Krampf erzeugte, so erinnert dies an den Schreibekrampf. Die Kranke wurde durch electricische Behandlung

geheilt. — In einem anderen Falle wurde bei einer erwachsenen hysterischen Dame ein Stimmkrampf, von ihr als „Schluckauf“ bezeichnet, ausgelöst bei Berührung einer bestimmten Stelle der Haut am rechten Deltoideus. Dies ging so weit, dass sie auf der Strasse sich in Acht nehmen musste, mit der rechten Seite anzustossen. Diese Kranke wurde durch antihysterische Mittel, namentlich durch die Bäder von Landeck geheilt.

### Sitzung vom 5. Juli 1875.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste anwesend die Herren:

Dr. Pick aus Oesterreich.

Dr. Julius Sander aus Malaga.

Es ist eine Einladung eingegangen zu dem in Brüssel abzuhaltenden vierten internationalen medicinischen Congress, bei welchem auch eine besondere Section für Psychiatrie gebildet werden soll.

Herr Mendel trägt einen Fall von Gehirnkrankheit vor, in welchem gegen Ende des Lebens sich mannigfache Nutritionsstörungen einer Körperhälfte zeigten, welche der Vortragende ebenso wie zahlreiche Hämorrhagien im Magen in Verbindung setzt mit der post mortem gefundenen Erweichung des entgegengesetzten Ammonshornes.

Herr Fürstner: Da das Individuum marastisch war und im Ventrikel sich viel Flüssigkeit fand, so müsse man bei dem Befunde am Ammonshorn wohl an weisse Erweichung denken, und es sei dann die Frage, ob post-mortale Veränderungen mit Sicherheit sich ausschliessen lassen. Der Process sei anders um so weniger zu deuten, als man nur eine weiche Masse fand, ohne anderweitige Structurveränderung. Auch die Hämorrhagien im Magen könne er nicht ohne Weiteres als Folge jenes Processes ansehen, da sie sich so häufig bei Obduccionen fänden; selbst wenn grosse Dosen Wein vor dem Tode gebraucht worden, könnten schon ziemlich umfangreiche Störungen und Blutungen vorkommen.

Herr Bernhardt: Es sei ihm nicht klar, in wie fern Herabsetzung der Temperatur in diesem Falle auf Lähmung eines vasomotorischen Centrum zu beziehen sei; ebenso wenig scheine ihm ein Zusammenhang der Affection der Cornea und des Exanthems mit der Hirnkrankung bewiesen.

Herr Mendel: Gegen die postmortale Erweichung spreche der Umstand, dass nur das eine Ammonshorn bei sonst guter Consistenz des Hirns erweicht war. Was den Einwurf des Herrn Bernhardt anlange, so sei er wohl nicht recht verstanden. Sein Schluss sei folgender: in den letzten Lebenstagen sind eine Reihe neuroparalytischer Erscheinungen aufgetreten und zwar links; man könne dann wohl berechtigt sein, auf der rechten Seite einen acuten Krankheitsprocess zu suchen, der sie hervorgebracht hat, und da sich ein solcher nur im Ammonshorn fand, so glaubte er sich berechtigt daran zu denken, dass er im Zusammenhange stände mit den linksseitigen Symptomen. Ueber das Centrum der Körperwärme lasse sich allerdings nicht discutiren, aber es stehe fest, dass es gewisse Processe im Gehirn gebe, welche die Tem-

peratur herabzusetzen im Stande sind, und dass man dies als eine Erscheinung auffassen müsse, welche von Gefässnerven ausgeht. — In Bezug auf die Hämorrhagien im Magen wolle er noch bemerken, dass sie allerdings häufig seien, aber er habe ihre Grösse betont, und dass sie sonst nirgends vorkamen.

Herr Fürstner: Von den meisten pathologischen Anatomen werde das Vorkommen einer weissen Erweichung als Folge eines acuten Processes überhaupt geleugnet; man hätte im Gegentheile Blutungen erwarten müssen.

Herr Mendel: Es könnte sich ja um einen necrobiotischen Process handeln, es könne ja ein Gefäss gerade des Ammonshornes verstopft gewesen sein.

Herr Westphal: Temperaturniedrigung in hohem Grade habe er oft bei marastischen Individuen beobachtet; aber auch unter anderweitigen Verhältnissen kommen sie vor, in welcher Beziehung die von Loewenhardt publicirten Fälle besonderes Interesse verdienen.

Herr Liman: Ueber einen Fall von zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit. \*)  
Zur Discussion erhält das Wort:

Herr Baer: Das betreffende Individuum sei jetzt in der Strafanstalt am Plötzensee. Er halte es für faselig, leicht aufgeregt, aber eine Geistesstörung habe er auch nicht finden können.

Herr Westphal: Er glaube auch nicht, dass die Zurechnungsfähigkeit des Mannes zu bezweifeln sei, und wisse nicht, warum es überhaupt zu einer Exploration kam.

Herr Liman: Weil der Betreffende bereits früher in Wreschen für geisteskrank erklärt worden war. Aber er müsse noch einmal hervorheben, dass doch geistige Deviation vorhanden war.

Herr Sander: So sehr er es bedauere, so könne er doch die Ansicht des Vortragenden nicht theilen. Herr Liman habe eine vortreffliche Schilderung des Angeschuldigten, eine wirklich vollendete Darstellung des Colloquium in seinem Gutachten gegeben; um so überraschender sei dem Redner das Endresultat gewesen. Es sei ja natürlich nicht möglich, aus der Erinnerung die einzelnen Momente hervorzuheben, welche für das Bestehen einer Geistesstörung sprechen, während der Vortragende schriftlich alle Details im Gutachten erörtern konnte. Deshalb könne von einem Eingehen auf das Gutachten nicht die Rede sein, aber er wolle doch Einzelnes, soweit das Gedächtniss reicht, anführen. Ein Mensch, von dessen „Belastung“ Herr Liman selbst spricht, ohne Näheres anzugeben, zeigt sich von Jugend auf in seinen Leistungen schwach, moralisch verkehrt; er verkommt, während alle äusseren Umstände günstig für ihn sind. Er ist dem übermässigen Genusse der Spirituosen ergeben. Er ist vor kurzer Zeit notorisch geisteskrank gewesen; denn eine Simulation für die in Wreschen constatirten Krankheitserscheinungen anzunehmen, scheint nicht möglich. Er hat damals allerlei höchst auffällige Dinge getrieben, höchst ungereimte Projecte und sonderbare Vorstellungen geäussert. Ist er von dieser Krankheit geheilt worden? Die Symptome derselben lassen schon eine Genesung unwahrscheinlich erscheinen, und wie er sich jetzt über seine damaligen Aeusserungen und Handlungen ausspricht, wie er sie theils abzuschwächen, theils zu motiviren sucht, das ist gewiss nicht die Art eines

\*) Der Fall wird im nächsten Hefte abgedruckt werden.

Genesenen. Die Diebstähle selbst sowohl, wie die Art ihrer Motivirung, das Anlegen des eisernen Kreuzes, das Lügen und Schwindeln ohne jede Berücksichtigung der Umstände, welche ihn gleich überführen müssen, dies und noch manches Andere entspreche ganz dem Verhalten eines geistig schwachen Menschen. So auch eine Menge der phrasenhaften Antworten in dem von Herrn Liman so ausführlich wiedergegebenen Colloquium. Alles in Allem glaube er in jenem Menschen ein von Haus aus geistig schwaches, verkommenes und dem Trunke ergebenes Individuum zu sehen, welches kurz vor seinen Vergehen eine prägnante Geistesstörung durchgemacht hat, von derselben nicht genesen ist, sondern nur eine Besserung erfahren hat, aber mit Zurückbleiben eines noch gesteigerten Grades seiner geistigen Insufficienz.

Herr Westphal: Er habe in den Aeusserungen des Untersuchten Nichts vom Schwachsinn finden können.

Herr Mendel: Wenn, wie zugegeben, der Mann geisteskrank gewesen, so wäre der Nachweis zu führen, dass er geheilt worden. Dieser Nachweis sei, wie er glaube, nicht möglich. Im Gegentheil, da die geistige Störung durch den Alcoholismus entstanden sei, und da der Missbrauch geistiger Getränke fortgedauert habe, so könne sie nicht geheilt sein. Demnach müsse man annehmen, dass ein Schwächezustand vorhanden ist, wofür er sich nach dem, was der Vortragende gesagt habe, erkläre.

Herr Westphal glaubt, dass der Beweis der Genesung geführt sei.

Herr Jastrowitz: Ihm erscheine von der plastischen Darstellung der Schwachsinn als das Evidenteste, und zwar nicht ein leichter, sondern ein grosser, so dass er sich wundere, wie der Vortragende zu jenem Schlusse kam. Der Schwachsinn ist angeboren und durch Alcoholismus verstärkt.

### Sitzung vom 1. November 1875.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des Herrn Boerner, welcher die Gesellschaft ersucht, ihm Berichte über ihre Sitzungen für die von ihm herausgegebene Wochenschrift zu Gebote zu stellen. Wie der Vorsitzende bemerkt, dürfte die Gesellschaft durch das mit der klinischen Wochenschrift getroffene Abkommen verhindert sein, officiell mit einer anderen Zeitschrift in Verbindung zu treten. Die Gesellschaft lehnt daher das Anerbieten des Herrn Boerner dankend ab.

Herr Jastrowitz berichtet unter Demonstration von Vogelgehirnen und einer Taube, der er vor ca. 7 Monaten die rechte Hemisphäre total weggenommen, über eine Versuchsreihe, die er zunächst anstellte um zu erfahren, ob in der That für die Motilität, sensorielle Thätigkeit und Intelligenz des ganzen Körpers eine Hemisphäre ausreiche. Bei allen Operationen am Hirn, namentlich wenn sie so eingreifender Natur sind, fragt es sich, ob die sogleich danach auftretenden Symptome, oder ob die Leistungsdefecte, welche endlich zurückbleiben, berücksichtigt werden müssen. Wenn man genau Alles erwäge, so sei es am Besten in erster Reihe diejenigen Functionen zu beachten, welche trotz des Eingriffes intact blieben, denn von diesen könne man

mit Sicherheit sagen, dass sie von den entfernten Theilen nicht abhängen. In zweiter Reihe käme der Leistungsausfall, der gleich nach der Operation sich bemerkbar mache und constant während des Reactionsstadiums und nach der Genesung verharre. Bei der Operation käme es darauf an, die ganze Hemisphäre zu entfernen ohne andere Theile zu verletzen; bei der Section müsse man sich über den Umfang der gesetzten Verletzung und schliesslich auch darüber vergewissern, ob nicht die etwaige Wiederkehr irgend welcher Thätigkeit durch neu erzeugte Nervensubstanz bedingt worden sei. Allen diesen Anforderungen versucht der Vortragende möglichst zu entsprechen, indem er, um die geistigen Veränderungen der Thiere zu studiren, theils solche Thiere wählte, die, wie die präsentirte Taube, von ihm in seinem Zimmer auferzogen worden waren, theils solche, die er ebendasselbst längere Zeit beobachtet und in ihrer Eigenart kennen gelernt hatte. Im Detail schildert er sodann das Verhalten des demonstrirten Thieres vor und nach der Operation und kommt zu dem Resultat, dass hier, wie in den anderen Fällen, die Intelligenz durch den schweren Eingriff nicht gelitten habe. Dagegen sei meist, besonders bei stärkerer Blutung, eine immer vorübergehende Bewegungsschwäche und, bei gründlicher Exstirpation wie hier, ein zuerst hochgradiger Sensibilitätsverlust für Berührungen der entgegengesetzten Seite zu bemerken, der sehr langsam sich bessert, hier noch immer bestehe. Dauernd, soweit er beobachtet, sei der Verlust des entgegengesetzten Auges, die Thiere erwiesen sich endlich unfähig ihre Nahrung, welche in Erbsen bestand, selber zu nehmen. Sie vermögen die Erbse zu picken und zu fassen, können dieselbe aber nicht in den Schlund bringen und müssen also, wie völlig enthirnte, gefüttert werden, um nicht zu verhungern.

Dieselben Resultate betreffs der Intelligenz und der Blindheit des entgegengesetzten Auges habe schon Flourens bei Entfernung einer Grosshirnhalbkugel erzielt. Bestimmt jedoch durch den Cuvier'schen Rapport an die Akademie über seine Arbeit habe er angenommen, dass selbst bei völliger Wegnahme des Grosshirns der Sehact stattfände, zumal die Thiere auf Lichtreiz zu reagiren fortfahren, und dass die Thiere nur deswegen nicht sähen, weil nach Zerstörung der Intelligenz die Deutung der Gesichtsbilder unmöglich sei.

Longet und Schiff stützten sich gleichfalls auf das Fortbestehen der Reflexe, um das Gleiche zu behaupten; ersterer habe anscheinend durch spontane Sinneseindrücke veranlasste Bewegungen gesehen, die jedoch zum Theil unsicher, zum Theil reflectorischer Natur seien. In neuerer Zeit behauptete endlich Voit nicht nur Sinneseindrücke, sondern sogar Vorstellungen blieben vorhanden und wolle auch Regenerationen des Hirns gesehen haben.

Erwäge man die anatomischen Verhältnisse, welche der Redner nach eigenen Studien auseinandersetzt, so lasse sich über den centralen Sehact auf Grund obiger Experimente folgender Schluss machen: Es sei hier die rechte Hemisphäre weggenommen und die vorhandene Intelligenz sitze in der linken; das linke Auge sei erblindet. Doch müsste hier, wäre die Annahme der primären Centra eine richtige, sehr wohl ein Gesichtsbild, das in das linke Auge falle, durch den vollständig sich kreuzenden Sehnerv in den rechten Lobus opticus gelangen, von dort durch die reichlich vorhandenen Commissur-

fasern in den linken und dann in die linke Hemisphäre zur Intelligenz. Hier müsste die Deutung des Gesichtsubjectes also möglich sein, und auch der Weg zur deutenden Intelligenz sei unverletzt. Da aber gleichwohl die Blindheit des einen Auges bestehe, so müsse man annehmen, dass schon bei der uns unbekanntem Veränderung, welche der Netzhautreiz im primären Centrum erleide, die Mitwirkung der Hemisphären vonnöthen sei. Man habe jedenfalls kein Recht von primären und secundären Centren, als von Stufen zu reden, auf welchen die Sinneseindrücke zum Geiste sich gleichsam hinaufschwängen.

Was die Unfähigkeit zur spontanen Nahrungsaufnahme betreffe, so sei es unmöglich zu entscheiden, ob Sensibilitätsstörungen oder der Ausfall der feineren Bewegungen der Zunge die Ursache seien; die Taube hätte zwar trinken gelernt, sie schlürfte aber nicht wie die unverletzten Thiere, sondern picke in's Wasser hinein.

Die Differenzen der Autoren betreffs der Folgen der Grosshirnexstirpation möchten wohl auf den mehr oder minder vollständigen Zerstörungen beruhen, die der eine oder der andere setzte. Flourens habe davon gesprochen, dass bei allmählicher Abtragung Intelligenz und Sinne allmählig und gleichzeitig schwänden, bis an einem gewissen Punkt, dem *noyau central*, Alles erlösche. Ueber die anatomische Bedeutung und über die Lage des *noyau central* hat weder Flourens noch seine Nacharbeiter sich geäußert, und es hat Redner daher Untersuchungen angestellt, die noch nicht abgeschlossen sind. Soweit er bis jetzt sagen kann, scheine der *noyau central* der am Boden gelegene Markkern zu sein, nicht, wie es auf den ersten Anblick scheinen möchte, der stark in den Ventrikel vorspringende Streifenhügel. Dieser mache eigentlich den grössten Theil der Hemisphäre aus, sei nur oben und innen von der überaus dünnen Rindenlamelle durch den Ventrikelraum getrennt und werde gewiss immer angegriffen, zumal er macroscopisch sich auch anderwärts von der Rinde nicht unterscheide (wie bei menschlichen Embryonen); das Vogelhirn gleiche auch microscopisch in seiner geweblichen Textur, wie der Vortragende durch Untersuchungen sich überzeugt hat, durchaus den Hirnen der Säugethiere im embryonalen Stadium, insofern Markscheiden nicht vorhanden wären.

Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.

∨ Herr Mendel: In Betreff der mangelnden Fähigkeit, die Körner in den Schlund zu bringen, wolle er fragen, ob nicht durch die Schnittführung der betreffende Muskel oder Nerv durchschnitten sein könne.

Herr Jastrowitz: Es würde der Temporalis in Betracht kommen, welchen zu verletzen er sich allerdings gehütet habe.

Herr Remak: Wenn der Kopf bei den Versuchen, den Finger dem Auge zu nähern, nur nach der einen Seite hewegt wird, so sei dies an sich noch kein sicheres Zeichen, dass die Taube auf der anderen Seite blind sei. Er beruft sich auf analoge Erscheinungen bei frischen Hemiplegikern mit *Déviacion conjugüée* des Kopfes und der Augen, welche ebenfalls auf Gesicht- und Gehörserscheinungen den Kopf nur nach derjenigen Seite drehen, nach welcher sie es überhaupt können.

Herr Fürstner: Er müsse auch die Frage stellen, ob es constatirt sei, dass der Kopf nach rechts und links sich gleichmässig drehen lasse.

Herr Jastrowitz bejaht Letzteres.

Herr Bernhardt sagt, dass wenn, wie der Vortragende selbst erwähnt hat, schon Flourens nach Abtragung einer Grosshirnhemisphäre bei Tauben Blindheit des entgegengesetzten Auges beobachtet hat, ihm in der Mittheilung des Vortragenden nur eine Bestätigung dieser Ansicht, nicht aber etwas Neues ausgedrückt zu sein scheine. Untersuchungen bei Thieren über Sensibilitätsverhältnisse oder gar über sensorische Functionen hätten stets etwas Missliches, und wenn es gut beobachtete Krankengeschichten bei Menschen gäbe, und es giebt solche, welche für die vorliegende Frage herangezogen werden könnten, so liesse sich oft daraus auch für die normale Physiologie vieles besser lernen. Schon von Türck, dann von Charcot, in jüngster Zeit vom Redner selbst seien Fälle veröffentlicht, in welchen bei Menschen Verlust des Gesichtssinns einer Seite beobachtet worden sei (eventuell des Gehörs und des Geruchs und der allgemeinen Sensibilität der Haut einer Körperhälfte), obgleich während des Lebens die Augenmedien und der Hintergrund normal befunden, die reflectorischen Pupillenbewegungen regelmässig von Statten gegangen seien, und wo die Section, bei Intactheit des Nv. opt., tract. opt., der Vierhügel, des thal. opt. eine Läsion des Marks der dem erblindeten Auge gegenüberliegenden Hirnhälfte nachgewiesen habe. Diese Stellen seien offenbar die Wege, auf welchen die Bahnen durchgehen, um schliesslich in der Rinde (höchst wahrscheinlich dem Hinterhauptslappen) als dem endlichen Sitze der bewusst gewordenen Empfindung zu enden.

Herr Jastrowitz: Ihm scheine Herr Bernhardt den Kernpunkt der Frage nicht aufgefasst zu haben, um derentwillen allein übrigens die Untersuchungen nicht unternommen wurden. Darum eben handle es sich ja und das solle erst entschieden werden, ob es gewissermassen unfertige Sinneseindrücke in den primären Centren giebt, die in den secundären durch Combination und Vergleichung ausgearbeitet und bewusst würden. Alle Physiologen hätten diese Anschauung, und bisher wäre seines Wissens die einseitige Hemisphärenexstirpation nicht in dem Sinne eines solchen Schlusses verwerthet worden. Beim Menschen lägen die anatomischen Verhältnisse zu complicirt, um von Wegen im Marke zu reden, auf welchen die Sinneseindrücke zur Rinde gelangten, auch seien die Fälle nicht rein, so dass man sie zur Entscheidung physiologischer Fragen nicht brauchen könne.

Herr Fürstner: Hitzig giebt an, dass er nach Exstirpation eines Hinterlappens in einem Falle Blindheit auf der anderen Seite beobachtet habe.

Herr Jastrowitz: Dieser Versuch ist bei Hunden gemacht worden. Er wolle noch bemerken, dass, was die Sicherheit angeht zu entscheiden, ob das Thier sieht, allerdings nur eine intime Beobachtung Aufschluss giebt.

### Sitzung vom 6. December 1875.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste anwesend sind die Herren:

Dr. Deck aus Zürich.

Dr. Holmberg aus Finnland.

Dr. Rosenthal aus Berlin.

Vor der Tagesordnung theilt der Vorsitzende mit, dass Herr Samt nach elfwöchentlicher Krankheit an den Folgen einer Leichenvergiftung gestorben. Um sein Andenken zu ehren, erhebt sich die Gesellschaft von den Sitzen.

Herr Mendel berichtete über sphygmographische Untersuchungen bei Geisteskranken:

Das normale sphygmographische Bild des Carotispulses zeigt auf seiner Descensionslinie zuerst zwei Erhebungen, die als Rückstosselevationen aufzufassen sind. Da diese Elevationen ihre erste Entstehungsursache finden in der Contraction der kleinsten Arterien am Ende des Strombettes der Carotis, so muss a priori gefordert werden, dass krankhafte Veränderungen in diesem letzteren Bezirk, also in der Schädelhöhle, auch Veränderungen in diesen Erhebungen mit sich führen. Dass in der That jene Elevationen durch Veränderungen des Kreislaufs an der Peripherie bei anderen Arterien ebenfalls verändert werden, lässt sich beim Menschen an dem Pulsbilde der Cruralis nach Anlegung des Junod'schen Stiefels an den Unterschenkel, nach Anlegung der Esmarch'schen Binde, eines Tourniquet's u. s. w. nachweisen, in ähnlicher Weise auch an der Cubitalis. Amylnitritwirkung lässt die catacroten Erhebungen vollständig verschwinden.

Mit Rücksicht darauf wurde nun die Carotis von etwa 200 Geisteskranken untersucht. Die normale Carotiscurve stellt einen Pulsus celer tricrotus dar. Bei Geisteskranken findet man entweder normale Curven, oder einen Pulsus tardus oder anacrote Elevationen; in Bezug auf die Rückstosselevationen ergeben sich für die grosse Mehrzahl der Geisteskranken, besonders auch für die frischen unter dem Bilde der Melancholie verlaufenden Fälle Verstärkungen der Grösse und Zahl der Rückstosselevationen; in einer kleineren Reihe von Fällen findet sich ein Pulsus dicrotus, der aber nur local an der Carotis ist, während die übrigen Arterien in normaler Weise sich tricrot zeigen. Halbseitige Erkrankungen des Hirns rufen in gewissen Fällen auch nur Abweichungen in der Form des Pulsbildes der Carotis der erkrankten Seite hervor.

Herr Jastrowitz machte im Anschluss an den in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag und die Discussion über denselben weitere Mittheilungen über die Bedeutung des Grosshirns für die Sinneswahrnehmung:

Auf die Thatsachen, die er, als auf noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen beruhend, mit aller Reserve gebe, nicht auf Schlüsse und Deutungen möchte er das Hauptgewicht legen. Auffallend sei es, dass die Autoren, obgleich sie in den Ergebnissen ihrer Experimente keineswegs übereinstimmen,

doch einer Meinung seien, sobald es die Frage von der Bildung der Sinnes-  
eindrücke in den primären Centren (von der Peripherie her gerechnet) ange-  
he. Dass dort zuerst etwas vorgehen müsse, ehe noch die Rinde in Action  
trete, sei gewiss und eine anatomische Forderung, aber es frage sich nur,  
welcher Art dieser Vorgang sei. Selbst Flourens, der über die einseitigen  
Exstirpationen berichtet, hat sich nach Cuvier's bekanntem Rapport zu  
dessen Ansichten bekannt. Die neuere französische Schule mache keine Aus-  
nahme, insbesondere folge Charcot den Ansichten Vulpian's, der die Exi-  
stenz des Gehörs nach Abtragung des Gross- und Kleinhirns bei einer Ratte  
nachgewiesen haben will. Die Experimente an Vogelhirnen seien, was den  
Gesichtssinn angehe, darum günstiger, weil der Lobus opticus ganz getrennt  
vom Grosshirn und dessen Adnexen sei, und man daher letzteres isolirt ver-  
letzen kann, ohne ersteren zu beschädigen. Man brauche nur darauf zu  
achten, dass der Tractus opt. nicht leide; auch die vollständige Durchkreuzung  
der Sehnerven sei ein günstiges Moment. — Anders lägen die Verhältnisse  
beim Menschen. Hier könnte man nur solche Fälle brauchen, wo die Läsion  
an der Peripherie sitze und keinen Druck auf die primären Endigungen des  
Sehnerven noch auf diesen selbst übe, noch die Circulation in diesen Gebieten  
beeinträchtigt sei. Solche Fälle lägen in der Literatur bisher, soweit er habe  
nachsehen können, nicht vor. Der Türck'sche zweite, welcher als grosser  
hämorrhagischer Herd im Scheitel- und Schläfenlappen diesen Forderungen  
am meisten entspreche, habe Druckwirkung ausgeübt, da die Amblyopie kam  
und verschwand, überhaupt sich wechselnd verhielt. Charcot habe nicht,  
wie Herr Bernhardt ihn in seinem Aufsatz und in der Discussion sagen  
liess, bestimmte Punkte als Durchtrittsstellen der Bahnen aus den primären  
nach den secundären Centren hin angegeben, auch habe Charcot keinen  
Fall eigener Beobachtung angeführt, vielmehr nur eines Falles von Magnan  
Erwähnung gethan, der noch nicht zur Autopsie gekommen. Herrn Bern-  
hardt's eigene Beobachtung eines dem Vortragenden übrigens gleichfalls be-  
kannt gewesenen Kranken zeige grosse Complicirtheit. Ein tief Blödsinniger  
und hochgradig Aphasischer mit rechtsseitiger Hemiplegie und Hemianästhesie,  
rechtsseitig amaurotisch, linksseitig amblyopisch, hat post mortem einen Herd  
im mittleren Drittheil des linken Linsenkerns und eine bedeutende Ver-  
kleinerung des linken Streifenhügels, einen zweiten fünfgroschengrossen  
Herd an der Grenze von Unter- und Hinterhorn. Am Tractus, Cpp. geniculat.  
und quadrigem. äusserlich Nichts (des Thalamus ist nicht ausdrücklich  
gedacht), ebensowenig an Stirn- und Inselwindungen, dagegen sind „beide  
Ventrikel stark erweitert und mit trüber weissgelblicher Flüssigkeit erfüllt,  
der linke stärker erweitert, besonders nach vorn und aussen hin.“ Sonst  
findet sich noch Endocarditis verrucosa recidiva mit Embolien, Granulara-  
trophie der Nieren, allgemeiner Hydrops. So wenig hier die Aphasie, so  
wenig ist die Sehstörung erklärt. Sollte man an den vorderen oder an den  
hinteren Herd denken? Herde in der inneren Kapsel und in den unteren  
Theilen des Linsenkerns beweisen überhaupt Nichts, weil sie an der Grenze  
der in Frage kommenden Gebiete lägen. Auch der Hydrocephalus könne von  
Bedeutung gewesen sein, es könnten Embolien existirt haben, und im Central-  
nervensystem bedeute eine äussere Intactheit Nichts, nachdem eine ganze  
Pathologie des Rückenmarks vorhanden sei, wo man ehemals äusserlich Nichts sah.

Hitzig habe in einer ganz kurzen Notiz angegeben, dass er auf Beschädigung des Hinterlappens der einen Seite unzweifelhafte Erblindung des entgegengesetzten Auges beobachtet habe.

Eine bestimmte Bahn, die dies Factum, falls es constant ist, erst werthvoll machen könnte, sei nicht nachgewiesen.

Indem der Vortragende sich bestrebe über die Bedeutung des Flourenschen noyau central Klarheit zu gewinnen und die Fasersysteme, welche denselben zusammensetzen, zu isoliren, verfiel er darauf, die in der strahligen Scheidewand verlaufenden markhaltigen Fasern durch einen seichten Schnitt, der den Ventrikel eben eröffnete, das gegenüberliegende Corpus striatum höchstens oberflächlich ritzte, zu durchtrennen. Sofort stellte sich dauernde Blindheit des gegenüberliegenden Auges ein. Er verfolgte nun diese Nerven und fand, dass sie an der Basis sich zu einem Stiel, wie bereits bekannt, sammeln, sich dann nach einwärts und oben parallel dem Tractus opticus zur äusseren Region des Thalamus begeben, hier aber nicht ausschliesslich, wie geglaubt wird, endigen, sondern theils Fasern zum Lobus opticus, der Endigungsstätte des Tractus opticus, senden, theils Fasern, welche durch die Pars commissuralis zum Lobus der anderen Seite hinüberstreichen. Genauere und bestimmtere Angaben werden für später erfolgende ausführliche Mittheilungen vorbehalten.

Die weitere Discussion über diesen Gegenstand wird, um Zeit für den nächsten Gegenstand der Tagesordnung zu gewinnen, bis zur nächsten Sitzung vertagt. Nur Herr Hadlich, welcher durch ein Präparat einen im Vortrage des Herrn Jastrowitz nebenbei berührten Punkt zu erklären beabsichtigt, erhält das Wort zu folgender Bemerkung:

Es scheint mir, dass das auffallende und nicht recht erklärliche Symptom, dessen Herr Jastrowitz erwähnt, — dass nämlich die betreffende Taube die vorgehaltenen Erbsen wohl aufpicken aber nicht verschlucken könne, wenn man ihr dieselben nicht tief in den Hals schiebt —, einen sehr einfachen äusseren Grund hat. Die Tauben haben nämlich wie die anderen Vögel Zungenbeine, die sich sammt ihrer Musculatur in hakenförmiger Krümmung hinter dem Kiefergelenke herum und, nachdem sie zwischen den seitlichen Hals- und den Nackenmuskeln nach aussen durchgedrungen sind, bis an die Crista occipitalis erstrecken. Hier endigen sie mit freien Spitzen im lockeren Unterhautbindegewebe und verschieben sich bei den Zungenbewegungen lebhaft hin und her, wie ich Ihnen an dieser Taube hier demonstrieren kann.

Es liegt nun auf der Hand, dass diese hinteren Enden der Zungenbeine entweder direct von der Operation getroffen oder durch die unausbleibliche Entzündung in der Umgebung der Wunde indirect in Mitleidenschaft gezogen werden können. In beiden Fällen wird die nachfolgende Vernarbung die Zungenbeinenden mehr oder weniger fixiren und damit auch die Zungenbewegungen erschweren resp. verhindern. Aus diesem Grunde vermag dann eine solche Taube die aufgepickte Erbse im Schnabel nicht nach hinten zu wälzen. Läsionen von Hirncentren etc. hierbei zu supponiren, scheint mir demnach unnöthig.

Hierauf sprach Herr Löwe über das Verhältniss des pedunculus cerebelli zum Hirnstamme.

Der Vortragende beginnt mit einer Recapitulation der Ansichten Stilling's und Meynert's über den Faserverlauf in der Medulla oblongata. Besonders sei durch die Arbeiten von Meynert die Aufmerksamkeit auf die grauen Massen im Funiculus cuneatus und gracilis gelenkt, und es frage sich, in welcher Beziehung ständen diese grauen Massen, sowie die im Kleinhirn vorkommenden Anhäufungen von Ganglien-Substanz zu dem Hirnstamm.

Unter letzterer Bezeichnung verstehe man die vier grauen Abtheilungen des embryonalen Rückenmarks, aus denen alle weiteren Theile hervorgehen. Die weissen Fasermassen seien zu derjenigen Zeit des embryonalen Lebens noch nicht vorhanden, aus welcher die Beobachtungen des Vortragenden genommen sind. Es zeige sich, dass in der Gegend des Calamus scriptorius die Hinterhörner sich plötzlich verschmälern und sich dann, einem Rockaufschlage vergleichbar, nach Aussen umbiegen. Dadurch kommt die hintere Abtheilung des centralen Höhlengraus, die ursprünglich nach innen gewendet gewesen sei, so zu liegen, dass sie nach hinten schaue und formire dadurch die graue Substanz nach Innen vom Funiculus cuneatus und gracilis, dann biege sie sich zum zweiten Male zur Bildung der beiden gezackten Kerne der Kleinhirnhemisphäre um. Durch eine dritte Biegung endlich gelange die graue Substanz des Hinterhornes an die Unterfläche des Wurmes und bilde da den Stilling'schen Dachkern. So seien also embryonal die Hinterhörner in drei successiven Bildungen zu verfolgen, nämlich 1) in den grauen Massen nach Innen vom Funiculus cuneatus und gracilis, 2) im gezackten Kern der Kleinhirnhemisphären, 3) in den beiden Dachkernen. Es stammt somit die ganze graue Substanz im Innern des Kleinhirns sowohl, als die der Pedunculi cerebelli, von den Hinterhörnern ab. Dies erkläre zum Theil die eigenthümlichen Beziehungen des Kleinhirns zu den Hinterhörnern und zum Trigeminus, dessen grosse aufsteigende Wurzel schon frühe in den Hinterhörnern zu finden sei.

Nach Demonstration der diesen Vortrag erläuternden Präparate wurde die Sitzung geschlossen.

---

Aus dem Jahresberichte pro 1875 entnehmen wir Folgendes:

Die Gesellschaft zählte am Anfange des Jahres 1875: 56 Mitglieder, von denen eins wegen seines Fortganges von Berlin ausschied, ein anderes ihr durch den Tod entrissen wurde. Auch den Tod eines Ehrenmitgliedes, des Geh. Sanitäts-Rathes Martini, hatte sie im Laufe des Jahres zu beklagen. Neu aufgenommen wurden 12 Mitglieder, so dass Ende 1875 die Gesellschaft 66 Mitglieder umfasste, zu denen sich ein Ehrenmitglied und vier auswärtige gesellen.

Der Kassenbestand betrug am 1. Januar 1875: 346 Mark 80 Pfennige. Vereinnahmt wurden: 225 Mark — Pfennige, ausgegeben dagegen: 418 Mark 75 Pfennige, so dass am 31. December 1875 ein Bestand von 153 Mark 5 Pfennige blieb.

---