

XXXV.

Berliner

Medizinisch-Psychologische Gesellschaft.

~~~~~  
**Sitzung vom 10. Januar 1876.**

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste sind anwesend die Herren:

Dr. Fischer aus Berlin.

Dr. Gleitsmann aus Berlin.

Dr. Schwabach aus Berlin.

Herr Westphal theilt der Gesellschaft den thatsächlichen Theil eines ausführlichen Berichtes mit, welchen Hr. Geh. Rath Dr. Delbrück, Physikus und Arzt an der Strafanstalt zu Halle, über den Zustand des dort detinirten Mörders Holzapfel an Herrn Dr. Falk eingesandt hat. Speciell werden in dem Schreiben die nächtlichen Anfälle, denen H. unterworfen ist, genau beschrieben. Nach Verlesung des Berichts (welcher in diesem Archiv Bd. VI. 3. S. 862 abgedruckt ist) erhält das Wort

Herr Liman: Er habe in seinem Gutachten bereits hervorgehoben, dass ihm kein Fall von Nachtwandeln aus eigener Anschauung bekannt sei, und dass auch bei H. während seines hiesigen Aufenthaltes kein derartiger Anfall beobachtet worden sei. Diese Anfälle seien nun von Delbrück so charakteristisch und naturgetreu geschildert worden, dass sie als authentisch anzunehmen seien, namentlich an eine Simulation nicht zu denken sei. Er möchte die Frage an die Gesellschaft richten, wer schon Fälle von Nachtwandeln und gerade den geschilderten ähnliche Anfälle beobachtet habe?

Herr Bernhardt kann von einer demennten Frau berichten, welche während der Nacht aufstand, behauptete, ihr Kind oder ihre Mutter in weissem Gewande zu sehen, und einmal auch aus dem Krankensaale nach dem Hofe sich entfernte, ohne nachher etwas davon zu wissen.

Herr Liman findet diesen Fall nicht ganz entsprechend, weil hier eine Hallucination die Kranke zu ihrer Handlung veranlasste.

Herr Löwe kennt einen Collegen, welcher des Nachts aufsteht, im Hause längere Zeit umhergeht und nachher nichts davon weiss.

Herr Jastrowitz: Er habe, so weit seine Erfahrungen über Zustände von Nachtwandeln reichen, nie von einer solchen Complicirtheit der Handlungen gehört, wie sie Delbrück von H. berichtet. Die Kranken haben nur einfache Haudlungen begangen, ohne nachher etwas davon zu wissen. Wenn Herr Delbrück mittheilt, dass H. in diesen Anfällen keine Aeusserung gethan hat, so stimmt das mit der Erfahrung überein, dass Nachtwandler nicht sprechen.

Herr Mendel glaubt, dass die Beurtheilung leichter sein würde, wenn man statt Nachtwandeln sagte Epilepsia larvata. Die Anfälle entsprechen den unter diesem Namen bezeichneten; sie können einem gewöhnlichen Anfall jahrelang vorausgehen. Er glaube, dass solche Anfälle ungemein häufig seien und wolle aus seiner Erfahrung nur den Fall eines Gewerbeschülers anführen, der von Zeit zu Zeit (3-4 Mal in der Woche) Nachts aufsteht, umhergeht, irgend etwas angreift, dabei in Schweiss geräth, dann sich wieder hinlegt und weiter schläft, ohne nachher sich dessen zu erinnern. Was die Hallucinationen anlangt, so glaube er, dass auch H. dergleichen in diesem Zustand hat, dass sie ihn zum Anziehen antreiben und z. B. zum Zerstören des Ofens u. dgl. Er glaube also, dass H. ein Epileptischer sei, der die That im epileptischen Anfälle begangen. Auch der Schwachsinn, der hier schon von anderer Seite hervorgehoben sei, sei wohl nicht mehr zu bezweifeln. Der Bericht, für den man sehr dankbar sein müsse, scheine auch in dieser Beziehung keiner Debatte zu bedürfen.

Herr Mehlhausen: Es seien ihm zahlreiche Fälle von Nachtwandeln in der Praxis vorgekommen und er habe als Gymnasiast derartige bei einem Stubengenossen beobachtet. In allen Fällen sprachen die Patienten nicht, und wenn sie zum Reden bewogen wurden, so war der Anfall vorüber. Ein College habe im Cadettenhause solche Anfälle beobachtet, und, soweit ihm bekannt, seien sie gerade in der Pubertätszeit häufig.

Herr Fürstner: Dass die Kranken in solchen Anfällen Hallucinationen haben, scheine ihm zweifellos. Er wolle noch auf das Gewaltsame in den Anfällen des H. aufmerksam machen. Er glaube nicht, dass damit gesagt sei, dass die That des H. in einem solchen Zustande geschehen sei. Er habe schon darauf hingewiesen, dass die Kranken nach einem solchen Aufalle abgespannt seien, dass sie darnach besonders zu schlafen pflegen. Davon sei bei H. nach der That nicht die Rede gewesen.

Herr Westphal: Fälle von Nachtwandeln seien ihm mehrere vorgekommen, er wolle nur eines Unterarztes erwähnen, der in der Nacht Journals vornahm und darin Notizen machte, ohne am Morgen davon zu wissen. Dass also derartige Anfälle vielfach vorkommen, und namentlich in der Jugend, sei unzweifelhaft. Entsprechende Fälle fänden sich auch in dem Gutachten Delbrück's angeführt. Ob und in wie weit aber diese nun über Holzapfel bekannt gewordenen Thatsachen von Einfluss auf das Gutachten sein können, sei eine Erage, deren Besprechung er anheimstelle. Er selbst halte es für zweckmässiger, vorläufig den Gegenstand nicht wieder aufzunehmen, da die Discussion kaum neue Gesichtspunkte ergeben würde. Er selbst aber könne als Vertreter der Ansicht, dass bei der That kein Anfall von Bewusstlosigkeit

vorhanden war, nur sagen, dass er durch die mitgetheilten Thatsachen nicht in seiner Ansicht wankend geworden sei.

Hierauf wird dieser Gegenstand verlassen, und die Gesellschaft wendet sich zur Discussion über den Vortrag des Herrn Jastrowitz.

Es erhält das Wort

Herr Bernhardt: Er sei sich sehr wohl der Mühe und Arbeit bewusst, welche Versuche wie die des Herrn Jastrowitz machen. Nichtsdestoweniger glaube er, indem er die entsprechenden Stellen aus dem Werke von Floureens verlese, seine Ansicht begründet zu haben, dass nichts Neues im Vortrage gegeben worden sei. Er habe ferner geäussert, dass gute Beobachtungen am Menschen zur Entscheidung der Frage geeigneter seien, und er habe darauf hingewiesen, dass nach den Beobachtungen von Türck, Charcot, ihm selbst und Anderen das entgegengesetzte Auge blind sei bei Läsionen einer Hemisphäre an einer bestimmten Stelle. Die Vorwürfe, welche Herr Jastrowitz gegen die Beweiskraft seines Falles erhoben, seien nicht gerechtfertigt, wie Redner in einer ausführlichen Besprechung der Symptome und des Leichenbefundes bei seinem Patienten auseinandersetzt. Namentlich die Hemioptie komme in so fern nicht in Betracht, als in den in Rede stehenden Fällen die Affection der Hemisphäre ihren Sitz weit nach hinten, im hintersten Theile des Stabkranzes hat.

Herr Jastrowitz: Es könne Jedem nur zum Vortheil gereichen, sich mit Floureens' Werk bekannt zu machen; um der angeführten Stelle wegen hätte aber Herr Bernhardt sich nicht zu bemühen branchen, da er selber wiederholentlich in seinen Vorträgen genau dieselbe Stelle in deutscher Uebersetzung angeführt habe. In aller Kürze sei dies selbst im Protokoll geschehen, dessen Nichtverlesung zu bedauern sei. Dasselbe hätte bewiesen, dass dasjenige, was Herr Bernhardt heute vorgebracht, wiederholentlich abgehandelt worden und daher theilweise überflüssig sei. Wäre Herr Bernhardt in der Lectüre des Floureens fortgefahren, so wäre er an jene Stelle gelangt, da dieser Cuvier's Lehrsatz von der Natur der primären und secundären Centren vollständig annimmt, ein Axiom, das von Longet und dessen Nachfolgern weiter ausgebildet wurde und noch heute gelte. Der Floureens'sche Versuch einseitiger Hirnexcision habe nur zum Ausgangspunkt seiner Arbeiten gedient, bei denen man überall auf unbekanntes Terrain stösse. Und jener Versuch selbst habe erst durch eine ordentliche Detailbeobachtung, wie sie noch nicht vorliegt, verificirt werden müssen, nachdem Männer wie Longet, Schiff und andere entgegengesetzte Resultate erhalten. Das, was seine Arbeit des Wissenswürdigen und Neuen brächte, werde man nach der Publication erkennen. Herrn Hadlich sei er für seine Mittheilung dankbar. So gern er aber jede Erklärung für das Nichtessen der Thiere annehme, da er selber keine wüsste, so habe er daran doch nicht denken können. Die Schnitte würden bei der Operation nicht so weit nach hinten geführt, um den Zungenbeinansatz in der Fascie zu treffen, und bei Tauben gebe es keine weit ausgebreiteten Entzündungen. Er habe auch seitdem einen Controlversuch ausgeführt, absichtlich den Schnitt weiter nach hinten geführt, ohne die Hemisphäre zu entfernen und das Thier hätte nur beim Beugen des Kopfes zuerst offenbar Schwierigkeiten gehabt, nach einigen Tagen aber gut gegessen. Er habe daran gedacht, ob er nicht die Thiere durch zu frühe

Fütterung verwöhnt habe, so dass sie das Selbstessen verlernt hätten. Wenn man sie hinterher hungrern lasse, so ässen sie aber doch nicht von selber.

Herr Wernicke: Wenn Herr Bernhardt äusserte, dass es allgemein bekannt gewesen, dass die Hirnrinde das eigentliche percipirende Organ sei, und dass die dazwischen liegenden Stationen nicht als percipirende Organe in Betracht kommen, so wolle er darauf hinweisen, das Griesinger sich die Ansicht gebildet hatte, dass es eine percipirende Partie gebe, welche nicht der grauen Rinde analog sei, und zwar bezeichnet er als solche die innere Fläche der Seitenventrikel. Wenn aber Griesinger dies aussprach, so könnte wohl die Frage doch noch nicht so vollständig erledigt gewesen sein, ob es noch percipirende Organe vor der Hirnrinde gebe.

### Sitzung vom 7. Februar 1876.

Da Herr Westphal im Beginn der Sitzung nicht anwesend sein kann, übernimmt den Vorsitz der Schriftführer Herr W. Sander.

Als Guest anwesend ist:

Herr Professor Nordstroem aus Riga.

Der Geschäftsbericht des abgelaufenen Jahres wird vorgelesen und genehmigt.

Die zur Tagesordnung stehende Wahl geschieht durch Acclamation, und werden die beiden Vorsitzenden, der Schriftführer und die Mitglieder der Aufnahme-Commission wiedergewählt.

Die Gesellschaft beschliesst sodann, das Stiftungsfest durch ein gesellschaftliches Mittagessen am 19. Februar zu feiern.

Herr Wernicke hält einen Vortrag über Störungen der associirten Augenbewegungen.

In 2 von dem Vortragenden beobachteten Fällen fand sich ein Ausfall der Beweglichkeit beider Augen nach gewissen Richtungen hin, während die Blickbewegungen nach vielen Richtungen hin normal waren.

In dem ersten Falle, welcher auf der Irrenstation des Allerheiligen-Hospitaux zu Breslau beobachtet wurde, stellte sich bei einem 45jährigen Ziegelarbeiter nach schwerem apoplektischen Insult als bleibender Defect (10monatliche Beobachtung) eine linksseitige Hemiplegie (ohne Anaesthesia) und eine Beschränkung der Augenbeweglichkeit ein, in der Art, dass beide Augen nach oben und nach unten hin nur minimal bewegt werden konnten, während die Beweglichkeit nach rechts und nach links hin beiderseits vollkommen normal war. Dabei stand das linke Auge etwas tiefer und es bestanden Doppelbilder, entsprechend einer Lähmung des linken Rectus superior. Ptosis bestand nicht, opthalmoskopisch war nichts Pathologisches zu entdecken, die Sehschärfe war 2 Monate nach dem Anfall beiderseits auf  $\frac{1}{3}$  herabgesetzt, wurde später wieder normal.

Analog sind in der Literatur nur die Fälle von Henoch (Lähmung beider Recti superiores) und Steffen (doppelseitige Ptosis). In beiden Fällen fanden sich Vierhügelerkrankungen. Da nur diese positiven Befunde werth-

voll sind und der öfters gemachte Befund von Vierhügelerkrankungen ohne diese Symptome nach den allgemeinen Grundsätzen der Gehirndiagnostik keinen Einwand bilden kann, da ferner die Versuche von Adamück für diese Localisation sprechen, so erschien es berechtigt, eine Erkrankung der Vierhügel zu diagnosticiren, und ist der Fall als solcher bereits in der medicinischen Section der Vaterländischen Gesellschaft zu Breslau vorgestellt worden.

Der zweite Fall, in der Nervenklinik der Königlichen Charité beobachtet, betraf einen 58jährigen Tischler, welcher durch 7 Wochen constant bis zu seinem Tode das Symptom einer beschränkten Beweglichkeit beider Augen nach links hin darbot. Das rechte Auge war bis zur Mittellinie, das linke aber viel weniger beweglich und in den inneren Winkel eingestellt. Die Beweglichkeit nach oben und unten war beiderseits normal. Ausserdem bestand linksseitige Lähmung des Facialis in allen Zweigen, Kieferklemme und Herabsetzung der Sensibilität der rechten Gesichtshälfte. Die Section ergab einen kirschgrossen Tumor des Pons in der Gegend des linken Abducenskernes, dicht unter dem Boden des vierten Ventrikels.

Dieser Zustand ist von der *déviation conjuguée* von Prévost zu sondern, bei welcher kein Defect der Beweglichkeit, sondern nur eine Tendenz zu einer gewissen Blickrichtung besteht. Dagegen gibt es analoge Fälle von Foville (Gazette hebdomadaire VI. 1859), Ferréol (referirt von Bernhardt, Centralblatt 1872), Hughlings-Jackson (Medical times 1874) und Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten II.), sämmtlich circumscripte Erkrankungen des Pons.

Die Thatsache, dass durch eine Erkrankung dieser tief unterhalb des Oculomotoriusursprungs liegenden Region auch der Rectus internus gekreuzt gelähmt werden kann, lässt sich nur durch die schon von Foville gemachte Annahme erklären, dass die Bahn für diesen Ast des Oculomotorius durch den Abducenskern hindurchgeht, oder, was wahrscheinlicher ist, dass sie den benachbarten Theil der Raphe zu passiren hat.

Nach diesen Erfahrungen ist auch die Diagnose einer Erkrankung der Vierhügelganglien in dem ersten Falle nicht mehr haltbar; denn durch sie wird bewiesen, dass auch an anderen Stellen, als der Ganglisubstanz der Vierhügel, die Nervenbahnen für die combinirten Blickbewegungen zu Centren zusammengesetzt sind. Gegen die Anwendung der Versuchsresultate Adamück's auf den Menschen spricht aber noch ein anderes Bedenken, dass nämlich nach Meynert die Vierhügelganglien, als Ganglien der Haube, mit den berührten Bewegungen nichts zu thun haben, diese vielmehr auf die Bahn des Hirnschenkelfusses angewiesen sind. Nichts desto weniger muss der Herd im ersten Falle in der Gegend der Vierhügel sitzen. Höher oben weichen die beiden Hirnschenkel aus einander, erst in der Vierhügelgegend nähern sie sich, um die Raphe zu bilden und in dieser mögen die Fasern, auf dem Wege zum Kerne, schon zweckmässig angeordnet sein. Jedenfalls aber musste, da beide Oculomotorii betroffen waren, die Mittellinie überschritten sein.

Damit ist natürlich nicht ausgeschlossen, dass der Kranke ausserdem noch bedeutende Zerstörungen der rechten Hemisphäre gehabt haben kann.

Herr Loewe möchte Herrn Wernicke factisch dahin berichtigen, dass die Vierhügel zu den Ganglien des Hirnschenkelfusses gehören, indem sie be-

kanntlich die beiden Schleifenblätter in das motorische Feld entsenden. Ausserdem sei die von Herrn Wernicke theoretisch postulierte Verbindung zwischen Abducens- und Oculomotoriuskern der entgegengesetzten Seite schon faktisch erwiesen, indem Huguenin, wenn auch nicht ganz sicher, einen derartigen Faserzug beschrieben habe.

Herr Hirschberg: Worauf die bei dem ophthalmiatrischen Material nur selten zu beobachtende conjugirte Deviation beider Augen (und des Kopfes) beruht, ist noch nicht sicher festgestellt: am ehesten möchte man sie den anderen bei Hirnreizung vorkommenden Krämpfen der Augenmuskeln anreihen. Vielleicht finden aber in einigen vorher, wenn auch mit Unrecht, bezogenen Fällen noch andere Ursachen statt. Wenn bei einer Blutung in die linke Hirnhälfte rechtsseitige Hemianopsie (und Hemiplegie) gesetzt ist so müsste allerdings der Kopf (und die Augen) nach rechts gedreht werden, um geradeaus Gesichtswahrnehmung zu vermitteln. Wenn linksseitige Abducenslähmung besteht, so wird der Kopf nach links gedreht, damit binoculares Einfachsehen erhalten bleibt.

In dem ersten der beiden von College Wernicke mitgetheilten Fälle konnte das eine Auge, welches im medianen Winkel stand, nicht einmal bis zur Mittellinie gedreht werden: dies kann durch einfache Abducenslähmung nicht bewirkt werden. Man muss Spasmus oder Contractur der Antagonisten annehmen.

Herr Remak: Ich gedenke nicht, dem Herrn Vortragenden in die Bahnen der Gehinfaserung nachzufolgen, sondern will nur einige klinische Bemerkungen an seine casuistischen Mittheilungen knüpfen. Was zunächst den nicht zur Obduction gelangten ersten Fall von Hemiplegie, Hemianaesthesia, vorübergehender Deviation des Kopfes und dauernder der Augen betrifft, so glaube ich nicht, dass aus dem constatirten mässigen Defecte der Beweglichkeit der Bulbi nach oben und unten bei aufgehobener Beweglichkeit nach der gelähmten Seite hin bindende Schlüsse auf eine Beteiligung medianer Hirntheile gezogen werden dürfen, weil, wenn überhaupt Störungen der Motilität gröberer Art vorhanden sind, relative Insufficienzen einzelner Augenmuskeln vielfach zu Tage treten, ohne dass man von einer Lähmung der sie innervirenden Nerven zu sprechen berechtigt ist. Nach meinem Dafürhalten handelte es sich um die bei einseitigen grösseren Herderkrankungen der Hemisphären gewöhnlich während mehr oder minder langer Zeit vorkommende Déviation conjugée, bei welcher, wie man sich kurz ausdrücken kann, die Kranken ihren Herd ansehen, gleichviel, wo er sitzt, indem dieselbe bei manchfachster Localisation der Herde beobachtet wird, auch von mir in keinem Falle der zur Obduction gelangten halbseitigen Apoplexien vermisst wurde. Ich verweise hierüber auf die neuerdings von Eichhorst in den Charité-Annalen beigebrachte Casuistik, welcher die Angaben von Charcot und Prévost lediglich bestätigen konnte. Ebenso wenig scheint mir aber der zweite obducirte Fall, welchen ich selbst in den ersten Tagen seines Aufenthaltes in der Charité beobachtete, zu einer Verwerthung für die Physiologie der assozirten Augenbewegungen geeignet. Es handelt sich um eine multiple Affection mehrerer Basalnerven: Contractur der Pars motoria und Lähmung der Pars sensitiva des einen Quintus, complete linsseitige Facialisparalyse peripheren Charakters mit allen Symptomen einer Läsion des Facialisstammes vor Eintritt

in den Canalis Fallopiae, absolute linkss seitige Abducenslähmung mit Contractur desselben Rectus internus und endlich Parese des rechten Rectus internus, welche zu der Abducenslähmung quantitativ in gar keinem Verhältniss stand. Es scheint mir willkürlich, die Augenmuskellähmungen aus dem äusserst complicirten Symptomencomplex heraus zu greifen, während die übrigen Erscheinungen unerklärt bleiben. Zudem müssten die Faserungsbahnen der Innervation der symmetrischen (associrten) Augenbewegungen nothwendig in Beziehung gebracht werden zu den Bahnen der congruenten, z. B. der convergenten (accomodativen) Bewegungen, da, wie Herr Wernicke durch einen zur Zeit in seiner Beobachtung befindlichen Fall wissen muss, auch isolirte Lähmungen beider Recti interni vorkommen. Wenigstens setzte die jedenfalls centrale Oculomotoriuslähmung in dem betreffenden Falle, welcher alle Charaktere der Tabes dorsalis trägt, mit dieser doppelseitigen congruenten Lähmung ein, während später allerdings auch andere Oculomotoriusäste afficit wurden. Beiläufig will ich erwähnen, dass dieser Fall, bei welchem zuerst Augenmuskellähmungen, Anaesthesia im Lingualisgebiete, Sensibilitätsstörungen und Ataxie der Arme auftraten, während die Unterextremitäten erst viel später im Laufe der Beobachtung sich beiheilten, für die von meinem Vater vertretene Ansicht zu sprechen scheint, dass der Process in verschiedener Höhe der Cerebrospinalaxe beginnen kann, und danach verschiedene Krankheitsformen zu unterscheiden sind.

Herr Wernicke: Er sei genöthigt, die factische Berichtigung des Herrn Löwe factisch zu berichten, indem alle Anatomen, und zwar vor Meynert schon Stilling, die aus den Vierhügeln stammende Schleifenschicht zu der Haube des Hirnschenkels gerechnet hätten. Herrn Hirschberg erwiedere er, dass allerdings die beschriebene Augenstellung durch Lähmung allein nicht erklärbar sei, sondern dass auch seiner Ansicht nach eine Contractur der Antagonisten angenommen werden müsse. Indess berühre dies die vorliegende Frage nicht. Auch Herr Hirschberg werde wohl zugeben, dass hier eine Lähmung des Abducens vorlage, und blos auf diese habe er Werth gelegt, weil er überhaupt nur den Defect, den Ausfall der Function, für zur Diagnose berechtigend halte, nicht einen Reizzustand, wie es die Contractur sei. Herr Remak hätte die Angaben über den ihm bekannten Fall im Wesentlichen bestätigt, indem auch er eine Lähmung des anderen Rectus internus zugegeben habe. Wenn er aber meine, der erste angeführte Fall böte nichts Besonderes, so müsse er die im Vortrage gemachten Angaben überhört haben. Allerdings habe der erste Fall die erste Zeit nach dem apoplektischen Insulte eine durchaus gewöhnliche Deviation des Kopfes und der Augen gehabt, die später wieder zurückgegangen sei. Allein darauf hätte er gar keinen Werth gelegt. Der Kranke hat vielmehr durch mehr als 7 Monate einen bleibenden Defect der Augenbeweglichkeit nach oben und nach unten hin gezeigt, und dies allein hätte er (W.) hervorgehoben und für die Diagnose benutzt.

Herr Löwe: Er habe den Vortragenden so verstanden, als ob er den Vierhügelpanglii keine Beziehungen zum motorischen Felde zuschreibe, nur dies hätte er berichten wollen. Dagegen könne er nunmehr constatiren, dass derselbe doch den Vierhügeln motorische, wenn auch reflectorisch-motorische Verbindungen zuschreibe. Dagegen sei Herr Wernicke noch nicht auf den anderen Einwand eingegangen; es müsse ihm die Entscheidung der

Frage hier doch leicht sein, ob wirklich die Huguenin'sche Verbindung zwischen Oculomotorius- und Abducens-Kern der entgegengesetzten Seite existire, Hr. Wernicke hätte die Pflicht gehabt, dies zur Entscheidung zu bringen, anstatt theoretische Erörterungen darüber zu machen, um so mehr, als eine solche Verbindung hier nicht in vereinzelten Fasern, sondern in ziemlich starken Faserbündeln bestehen müsse.

Herr Hirschberg: In Betreff der Excursion des Auges möchte ich bemerken, dass die absolute Grösse derselben nach aussen, innen, oben, unten auch unter normalen Verhältnissen recht verschieden und namentlich bei Ungebildeten (Ungeübten) mitunter relativ gering ist. Es kommen auch symmetrische Einengungen des Blickfeldes vor, welche nicht auf Lähmung bezogen werden können. So fand ich vor Kurzem bei einer jungen Dame mit Epicanthus congenitus beiderseits eine Elevation von nur 20 Grd. statt 40 bis 50 Grd.

Herr Westphal: Die Abducenslähmung allein könne die Augenstellung nicht erklären, da dieselbe auch bei Bewusstlosen vorkommt, wo von einer zur Vermeidung der Doppelbilder angenommenen Blickrichtung nicht die Rede sein kann. Was den von Hrn. Remak noch erwähnten Fall aus der Charité betrifft, so möchte er sich dagegen verwahren, dass er als Tabes dorsalis bezeichnet werde. Es sei Herrn Remak vielleicht nicht gegenwärtig, wie die Krankheit entstanden ist, nämlich durch ein Trauma. Jetzt freilich seien Erscheinungen der Tabes vorhanden, aber ähnliche Symptomkomplexe können in sehr verschiedener Weise entstehen.

Herr Wernicke: Er habe die von Herrn Loewe erwähnte Angabe von Huguenin wohl gekannt, aber nicht Notiz davon genommen, weil dieser selbst sie als sehr zweifelhaft hinstellt. Im Uebrigen könne er mit Herrn Loewe nicht darin übereinstimmen, dass der von ihm geforderte anatomische Nachweis der in Rede stehenden Faserverbindung so leicht sei.

## Sitzung vom 6. März 1876.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Hadlich.

### 1. Herr Fürstner: Ueber Albuminurie bei Alkoholisten.\*)

Zu den Symptomen des acuten und chronischen Alkoholismus, die bisher zum Theil aus äusseren Verhältnissen der Beobachtung ganz entgangen sind, oder der wünschenswerthen klinischen Exactheit entbehren, gehört auch ein transitorischer Albumengehalt des Urins. Der Vortragende hebt hervor, dass es sich hierbei keineswegs um einen nur einmaligen Nachweis von Albumen handle, oder um Quantitäten, welche bei der Reaction nur geringe Trübung veranlassen, sondern um häufig Tage lang fortbestehende Albuminurie mit einer Ausscheidung, die im Reagensglase einen starken Satz gab. Wegen Unsicherheit und Unzuverlässigkeit der gewöhnlichen Nachweismethode (Kochen und Zusatz von concentrirter Salpetersäure) wurde die von Heinsius empfoh-

\*) Vergl. dieses Archiv Bd. VI. 3. S. 719.

lone Reaction gewählt (Zusatz von  $\frac{1}{3}$  Essigsäure und dem Urin gleiche Quantität concentrirter Lösung von Natr. sulfur. oder Kochsalz), und der Urin 24 Stunden stehen gelassen. Bei der Wahl der Kranken wurden reine Fälle von Delirium tremens, Delir. tremens mit epileptischen Anfällen, Alkoholismus chron. und schwerer Ebrietäts von den durch andere Affectionen complicirten gesondert behandelt. Von den reinen Delirium-tremens-Kranken zeigten 40 pCt. das in Rede stehende Symptom. Dieselben kamen entweder im ausgebildeten Anfall mit starkem Tremor, massenhaften Hallucinationen und Delirien, sich nicht selten bis zur Tobsucht steigernder motorischer Erregung, oder noch in einem Prodromalstadium, das sich durch starken Tremor, Schlaflosigkeit, nächtliches Phantasiren documentirte und erst nach zwei bis drei Tagen zum ausgebildeten Delirium anwuchs, zur Aufnahme. Sehr häufig ergab nun die Urinuntersuchung bei frisch Recipirten der ersten Kategorie einen starken Satz, der sich mehrere Tage hindurch nachweisen liess und entweder, je nachdem die Kranken nach einer ruhig durchschlafenen Nacht psychisch klar erwachten, mit einem Schläge, oder zusammen mit einem allmählichen Weichen des Deliriums bei einer geringer werdenden Quantität verschwand. Bei Kranken der zweiten Art zeigte sich in den ersten Tagen nur eine Trübung bei der Reaction, mit dem Ausbruche des Deliriums aber ein starker Niederschlag. In solchen Fällen ist die Stärke der Albuminurie häufig ganz proportional der des Delirium und giebt allen Intensitätsschwankungen des letzteren Ausdruck. Dies Verhalten findet jedoch nicht immer statt, manchmal ist trotz eines heftigen Paroxysmus nur leichte Trübung, bei schwächeren Formen starkes Sediment vorhanden, bei anderen verschwindet der Eiweissgehalt trotz Fortbestehen des Deliriums, bei noch anderen zeigt der Urin noch mehrere Tage geringe Trübung nach dem Klarwerden des Patienten. Von der motorischen Unruhe, von der Muskelaktion ist die Albuminurie nicht abhängig zu machen, da der Urin „stiller“ Deliranten häufig eiweissreich, der sehr unruhiger eiweissfrei ist.

Epileptische Anfälle wurden als Grund der Albuminurie durch sorgfältige anamnestische Aufnahme und Revision der Lippen und Zunge nach Verletzungen ausgeschlossen. Von Deliriumtremenskranken mit notorischen epileptischen Anfällen hatten nur 50 pCt. transitorische Albuminurie, die Quantität des ausgeschiedenen Albumen stand durchaus nicht immer in proportionalem Verhältniss zur Zahl der Anfälle. Der Vortragende kann Huppert in der Annahme, dass Albuminurie ein constantes Symptom des epileptischen Anfall sei, nicht beistimmen, vielfache Harnuntersuchungen bei habituellen Epileptischen, sowie auch bei 3 letal endigenden Fällen von Status epilepticus (grössere Anfallsreihen) ohne irgend welchen Obduktionsbefund, ergaben nach dieser Richtung hin ein negatives Resultat. Seltener liess sich auch bei chronischen Alkoholisten und Kranken, die wegen einer schweren Ebrietäts aufgenommen wurden, vorübergehend Albuminurie nachweisen. Vortragender bespricht dann das Verhältniss der Albumenausscheidung bei Deliriumtremensfällen, die durch andere Affectionen complicirt waren, so mit Pneumonie, fieberhaften Magen- und Darmkatarrhen. Von besonderem Interesse erschienen 3 Fälle, in denen bei Nephritikern (im Urin fand sich Eiweiss, rothe und weisse Blutkörperchen, fettig veränderte Epithelien und Epithelialcylinder) Delirium tremens ausbrach. Während desselben war das Eiweiss ganz enorm

vermehrt und ging erst parallel dem Nachlass der Delirien ganz allmählich wieder zu der geringen Quantität zurück, die während einer längeren Beobachtungszeit täglich mit geringen Schwankungen ausgeschieden wurde. Das Volumen des ausgeschiedenen Urins konnte wegen Unruhe des Patienten nicht genau bestimmt werden; das specifische Gewicht überstieg '1020.

Mit der chemischen Untersuchung wurde regelmässig eine mikroskopische Prüfung des Urins verbunden. Dieselbe ergab während der Eiweissausscheidung rothe und weisse Blutkörperchen in sehr geringer Frequenz und hyaline Cylinder verschiedensten Calibers, beide Bestandtheile fanden sich nur vorübergehend. Bei den Nephritikern fanden sich während des Paroxysmus massenhaft rothe und weisse Blutkörper, neben den Epithelialcylindern und verfetteten Epithelien auch hyaline Cylinder.

Vortragender weist für die Erklärung des Symptoms zunächst die Annahme zurück, dass die Albuminurie etwa durch eine Texturerkrankung der Nierensubstanz bedingt sei. Hiergegen spräche das ganz transitorische, nur während des Deliriums beobachtete Auftreten des Eiweisses, Obduktionsbefunde, die keine Nierenerkrankung ergaben, die Erfahrung, dass häufig junge kräftige Leute die Albuminurie zeigen, der mikroskopische Befund; man müsse vielmehr an eine vorübergehende functionelle Störung denken. Vortragender glaubt, dass in den Nierenmarkkegeln vorübergehende Hyperaemie und Steigerung des Blutdrucks stattfinde, und stützt sich hierbei unter Anderem auch auf die Erscheinung der abnorm starken Schweissabsonderung, die bei Alkoholisten nicht selten beobachtet wird, und die gleichfalls auf eine vorübergehende Hyperaemie zurückzuführen sei. Zum Schluss wird noch auf die diagnostischen Irrthümer aufmerksam gemacht, zu denen diese vorübergehende starke Albuminurie Anlass geben kann, wenn man nicht in der Lage ist, die chemische Untersuchung sofort durch eine mikroskopische zu controliren.

Herr Bernhardt macht noch darauf aufmerksam, dass auch das Vorhandensein der hyalinen Cylinder im Harn der Kranken des Herrn Fürstner nicht für das Vorhandensein einer Nephritis spräche, da ja bei verschiedenen Affectionen, z. B. Icterus, von Nothnagel Cylinder im Harn gefunden worden sind.

Herr Senator: So interessant ich die mitgetheilten Thatsachen finde, so kann ich mich doch mit den aus denselben gezogenen Schlüssen nicht überall einverstanden erklären. So spricht meines Erachtens der Umstand, dass heftige Muskelaktionen den Eiweissgehalt nicht steigerten, gegen die Annahme der Abhängigkeit der Albuminurie von gesteigertem arteriellen Druck in den Nieren. — Ich möchte zur Verständigung den Herrn Vortragenden erst fragen, unter welchen Harnsymptomen derselbe eine Nephritis annimmt?

Herr Fürstner: Wenn rothe und weisse Blutkörperchen, verfettete Epithelien und granulirte Cylinder auftreten; nicht, wenn hyaline Cylinder, keine Blutkörperchen sich zeigen, und der Verlauf ganz vorübergehend ist.

Herr Senator: Nach Traube würde man bei ersteren Erscheinungen auch Nierenschrumpfung annehmen können, wo auch rothe und weisse Blutkörperchen vorkommen. Hier um so mehr, wo es sich um Potatoren handelt, und vom Vortragenden selbst Herzhypertrophie vielfach nachgewiesen sei.

Herr Fürstner: Er könnte sich dieser Erklärung nicht anschliessen, weil er die geschilderten Symptome gerade häufig bei jungen kräftigen Leuten gefunden hätte, bei denen man nicht wohl an eine Nierenschrumpfung denken konnte.

Herr Mendel erinnert an das relativ häufige zeitweise Vorkommen von Eiweiss und Zucker im Urin bei den verschiedensten schweren Gehirnkrankheiten und möchte es nicht für ein specifisches Symptom des Delirium tremens halten.

Herr Fürstner: Es ist das doch ein Unterschied, ob man ganz vorübergehend Spuren, oder ob man solche Massen Eiweiss findet, wie bei Delirium tremens, und ferner in so deutlichem Zusammenhange mit den Delirien.

Herr Senator: Wenn, wie ich meine, der gesteigerte arterielle Druck nicht mit als Grund zur Erklärung der Albuminurie herangezogen werden kann, so liegt vielleicht die folgende Erklärung näher: da es in der Medulla oblongata Centren giebt, deren Reizung nach Versuchen von Claude Bernard u. A. Albuminurie erzeugt, so könnten wohl auch hier cerebrale Störungen, die auf jene Centren wirken, den Eiweissgehalt des Urins bedingen, gerade weil er im Zusammenhang mit den Delirien auftrat.

Herr Remak will nur bemerken, dass er bei häufiger Untersuchung bei vielen Nervenkranken nur einmal Zucker im Urin, und zwar 3 pCt., gefunden habe; es handelte sich um einen hämorrhagischen Herd im oberen Theile des Pons.

Herr Westphal hat auch bei Delirium acutum, unabhängig von Alkoholismus, Eiweiss im Urin gefunden. In der Erklärung möchte er sich Herrn Senator anschliessen. Das Transitorische der Erscheinung spreche wohl gegen Nierenschrumpfung.

Herr Senator: Auch bei dieser komme zeitweise ganz eiweissfreier Urin vor, aber freilich spreche das hohe specifische Gewicht gegen Nierenschrumpfung.

Herr Jastrowitz bezweifelt das häufige Vorkommen der Hypertrophie des linken Ventrikels bei Delir. trem.

Herr Fürstner: Ich habe sie thatsächlich oft constatirt, und auch von französischen Autoren ist dies geschehen. Was die Nierenschrumpfung betrifft, so habe ich sie bei den betreffenden Obductionen, zu denen ich Gelegenheit hatte, nicht gefunden.

Herr Senator: Ich habe sie auch nur nicht ausschliessen wollen.

## 2. Herr Loewe: Ueber die Bindesubstanz des centralen Nervensystems.\*)

Herr Hadlich: Zur Vervollständigung der Literaturangaben des Herrn Vortragenden möchte ich bemerken, dass auch Deiters die von der Pia ausgehenden Stützfasern sehr gut gekannt hat, und zwar auch an der Grosshirnoberfläche. Auch hat man ja nicht nur von der Innenfläche der Pia, sondern auch von den Septa derselben, ferner von den Gefässen und Epithelien aus den Zusammenhang mit dem Bindegewebe des Centralnervensystems nachgewiesen. Ich

\*) S. dieses Archiv Bd. VII. 1. S. 1.

möchte doch davor warnen, von den Verhältnissen des Bindegewebes, wie sie sich in den äussersten Rindenpartien zeigen, zu weit gehende, verallgemeinernde Schlüsse auf die Bindesubstanz des Centralnervensystems überhaupt zu machen, da dieses in den verschiedenen Theilen des Gehirns und Rückenmarks doch eine recht verschiedene Beschaffenheit hat.

Herr Loewe spricht sich entschieden gegen die Annahme von Verbindungen von Epithelien und bindegewebigen Theilen aus.

Herr Hadlich erinnert an den Zusammenhang der Epithelzellen des Centralcanals des Rückenmarks mit unzweifelhaft bindegewebigen Zellen des centralen Ependymfadens.

Herr Jastrowitz fragt den Vortragenden, ob er seine Untersuchungen auch auf das Rückenmark, speciell Henle's gelatinöse Rindenschicht, ausgedehnt habe.

Herr Loewe verneint dies.

### Sitzung vom 3. April 1876.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Herr Liman trägt einen Fall vor, in welchem es zweifelhaft geworden war, ob ein Geisteskranker sich selbst erhängt hatte, oder durch seinen Vater erwürgt worden war. Während mehrere Gutachten, u. a. das der Wissenschaftlichen Deputation, den Tod durch fremde Hand annahmen, sucht der Vortragende in sehr ausführlicher Motivirung zu beweisen, dass für diese Annahme kein ausreichender Grund vorhanden sei, und dass nichts gegen den Selbstmord spreche. Der Vortrag, welcher anderweitig zur Veröffentlichung gelangen soll, wird der vorgerückten Zeit wegen vor seiner Beendigung abgebrochen und die Fortsetzung bis zur nächsten Sitzung verschoben.

### Sitzung vom 1. Mai 1876.

Vorsitzender: Hr. Westphal.

Schriftführer: Hr. W. Sander.

1. Hr. Liman beendigt den in der vorigen Sitzung begonnenen Vortrag über einen zweifelhaft gewordenen Fall von Mord oder Selbstmord eines Geisteskrankten. Er knüpft hieran die Vorlesung eines von Hrn. Professor Hofmann in Wien in derselben Angelegenheit abgegebenen Gutachtens. Dasselbe kommt in ausführlicher Motivirung und unter Zuziehung von eigens zu diesem Zwecke angestellten Experimenten zu demselben Schlusse, wie das des Vortragenden, nämlich dass ein Beweis für den Mord nicht geliefert, die Annahme eines Selbstmordes aber durch die Umstände des Falles gerechtfertigt sei.

Zur Discussion erhält das Wort

Herr Sander: Wenn der von Herrn Liman vorgetragene Fall nach allen Seiten Interesse zu erregen geeignet sei, so liege das Hauptgewicht doch im thanatologischen Theile der Beweisführung und entziehe sich dadurch eigent-

lich einer Discussion im Schoosse dieser Gesellschaft. Nichtsdestoweniger seien doch auch zwei Fragen psychologischer Natur zur Sprache gekommen, über welche sich zu äussern immerhin der Gesellschaft anstehe, freilich Fragen, welche gleichzeitig mit ihrer Aufstellung auch ihre Beantwortung für uns finden. Es ist nämlich von einem der Sachverständigen geäussert worden, dass ein Epileptischer wohl tobsüchtig, aber nicht melancholisch werden, und einen Selbstmord in letzterem Zustande nicht begehen könne. Die tägliche Erfahrung lehrt das Gegentheil. Eben so wenig kann man wohl der anderweitig geäusserten Ansicht beistimmen, dass der in Rede stehende Geisteskranke so häufig gewaltsam an seinen Hals gefasst worden sei, dass er, einigermassen daran gewöhnt, auch bei seiner Erwürgung keinen Widerstand leistete. Es sei wohl Niemandem zu rathe, einen derartigen Versuch bei einem Geisteskranken, namentlich einem epileptischen, zu machen.

Da sich Niemand weiter zum Wort meldet, so wird dieser Gegenstand verlassen.

Herr Sander spricht über die Folgen der Einreibung des Scheitels mit Ung. tartar. stibiati:

M. H.! Wenn ich Sie heute auffordere, einmal mit mir die Rüstkammer der älteren Irrenärzte zu besuchen, so geschieht dies nicht etwa, um Ihnen eine obsolet gewordene Behandlungsmethode auf's Neue anzupreisen, sondern, da ich zufällig Gelegenheit hatte, die Obduction eines Mannes zu machen, dessen Kopf der Einwirkung jener Methode vor Jahren ausgesetzt gewesen, so schien es mir nicht ohne Interesse, zu untersuchen, welchen Einfluss sie ausgeübt hat. Die Einreibung der Kopfhaut mit Ung. tartari stibiati hat in der Therapie der Psychosen eine bedeutende Rolle gespielt und zwar in einer Periode, die zeitlich gar nicht so weit von uns entfernt liegt, den Anschauungen und auch den therapeutischen nach uns ganz fremd vorkommt. Zwar was die Prüfung solcher Heilmethoden bei den Psychosen anlangt, so könnte man dieselbe Klage, welche Jacobi in seiner Arbeit über die Anwendung der Scheiteleinreibung führt, auch heute nicht selten wiederholen. Es waltete die Neigung und Hoffnung zur Entdeckung specifischer, ganz besonderer Mittel gegen diese immer noch als so ganz eigenartig betrachteten Leidenszustände in hohem Masse ob. Mit solchen Erwartungen ward dann zumal auch die Heilmethode der Einreibung des Ung. stibiatum begrüßt, und dieselbe insgemein ohne alle Berücksichtigung der Verschiedenartigkeit der Krankheitszustände im ausgedehntesten Masse in Anwendung gebracht. Aber was die angewendeten Mittel selbst anlangt, so ist doch zwischen der Periode der Scheiteleinreibung und der des Chloral und des constanten Stromes ein gewaltiger Unterschied.

Im Anfange unseres Jahrhunderts in Aufnahme gekommen, wurde die Einreibung des Scheitels mit Brechweinsteinsalbe bald in sehr ausgedehnter Weise ausgeübt. Wenn Jacobi 1854 erzählt, es sei ihm noch der peinliche Eindruck im Gedächtniss, den 1819 im Würzburger Spital eine Anzahl behandelter Kranken auf ihn machte, von denen einige an zahlreichen Stellen beide Lamellen der Scheitelknochen in Folge der Necrose perforirt zeigten, so wird es uns nicht Wunder nehmen, dass ein solcher Missbrauch diese „Heilmethode“ bald aus den Anstalten wieder verschwinden machte. Dagegen

wurde sie in der Privatpraxis wohl noch zeitweilig neben „Aderlass, Digitalis, Helleborus und Tartarus stibiat. innerlich“ in Gebrauch gezogen. Erst nachdem Jacobi die Methode modifiziert, auch sich bemüht hatte, sie nach bestimmten Indicationen anzuwenden, und einige günstige Erfolge mitgetheilt hatte, kam die Scheiteleinreibung auf's Neue für einige Zeit in Aufnahme, um bald wieder, vielleicht für immer, aus der Therapie der Psychosen zu verschwinden. Ich selbst habe sie noch von meinem verehrten Lehrer Hoffmann in Siegburg anwenden sehen in einigen Fällen, wo es gewissermassen die Tradition der Anstalt noch verlangte, und ich glaube, dass wohl noch Mehrere unter uns sein mögen, welche dieses Kurverfahren in der Charité oder sonst wo beobachteten konnten.

Die Anwendung geschah nach Jacobi in folgender Weise. Auf die vorher kahl rasierte Scheitelhöhe wurde ein Stück Pappdeckel, welches zur Begrenzung der einzureibenden Fläche einen Ausschnitt von der Grösse eines Thalers etwa hatte, gelegt, und dann in die Oeffnung zwei Drachmen des Ung. stibiat. gebracht und mit einem Pinsel eine Viertelstunde lang sanft darüber gestrichen. Diese Procedur wurde Anfangs zweimal täglich wiederholt; später, wenn die Pusteln erschienen und der Schmerz zunahm, wurde sie abgekürzt und die Menge der Salbe verringert. Sobald die nach allen Seiten sich verbreitende Geschwulst der Kopfhaut die Haargrenze nach vorn überschritt, wurden die Einreibungen ausgesetzt und Breiumschläge über den Scheitel gemacht, bis die Entzündung beendigt war und die brandig gewordene Hautstelle sich abzulösen begann. In dieser Weise wurde der Knochen nur selten und dann nur oberflächlich von Necrose ergriffen; andererseits musste, wie Jacobi sagt, die Entzündung mit ihrer Anschwellung sich über den ganzen Kopf verbreiten, damit das gesammte Gehirn sich an den Folgen der Operation betheilige. Bis zur Abtrennung der gangränösen Haut wurde die Djät auf Wassersuppe, Milch und Weissbrot beschränkt. Die Reaction der Kranken, welche diesem Verfahren unterworfen waren, war verschieden. Einige klagten über Kopfschmerz, Druckgefühl am Kopfe u. dgl., andere schienen nichts zu empfinden. Mehr oder weniger starkes Fieber trat ein, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit in Folge des Schmerzes wurden beobachtet. Hin und wieder liess sich auch die Geschwulst nicht auf die behaarte Kopfhaut einschränken, sondern es kam zu einem mehr oder weniger sich ausbreitenden Erysipel. Aber im Ganzen wurde der Eingriff meist gut überstanden. Der Erfolg, der in vielen Fällen als früher oder später wieder sich verlierende Besserung des psychischen Verhaltens, in einzelnen als wirkliche Genesung beobachtet wurde, trat in den nächsten 6 Wochen ein, nicht selten, wenn die Wunde zur Vernarbung gelangte. Jacobi, welcher zehn Fälle veröffentlicht, deren Heilung er diesem Verfahren zuschreibt, meint, nur der 8. oder 9. der so behandelten Kranken zeigt etwa einen günstigen Einfluss, nebenbei gesagt, ein beherzigenswerthes Muster für so manchen therapeutischen Experimentator unserer Zeit, der ein Mittel überhaupt nur in 8 oder 9 Fällen versucht.

Wenn nun Psychosen durch die Scheiteleinreibung günstig beeinflusst werden können, und ich selbst habe noch ein paar solche Fälle im Gedächtniss, wobei noch zu beobachten ist, dass meist nur prognostisch ungünstige

Fälle für diese Behandlung ausgewählt wurden, so ist es gewiss nicht ohne Interesse, zu fragen, worauf dieser Einfluss beruhen kann. Dass man von Hautreizungen und Ableitungen spricht, bringt die Sache dem Verständniss nicht näher. Wenn frühere Anschauungen dahin gingen, dass die Säfte, entweder die schlechten oder die in zu grosser Menge angesammelten, durch den Abfluss an der Haut unschädlich gemacht würden, so würde man heut wohl, wie überall, wo es keine andere Erklärung gibt, an den auf die vasmotorischen Nerven reflectorisch geübten Reiz und die dadurch entstandene Verengerung der Hirngefässen appelliren. Ich unterlasse es, dies weiter zu erörtern und wende mich lieber der Betrachtung zu: welche anatomische Folgen hat die Scheiteleinreibung gehabt und wie tief lassen sie sich verfolgen? Der Fall, in welchem ich mich davon überzeugen konnte, betraf einen 44 Jahre alten Arbeiter, welcher in einem ganz tobsüchtigen und verwirrten Zustande im Jahre 1871 der städtischen Irrenanstalt zugeführt wurde und bereits nach einem Aufenthalte von 12 Tagen an einer Lungentzündung verstarb. Er war schon einmal einer Geistesstörung wegen in der Irrenstation der Charité behandelt und nach Application der Scheiteleinreibung wahrscheinlich geheilt entlassen worden. Es mag dies (genau lässt es sich nicht angeben, aber nach Berücksichtigung verschiedener Umstände wahrscheinlich) 15 bis 20 Jahre vor seinem Tode der Fall gewesen sein. Bei dieser Manne fand sich eine mehr als zwei Thaler grosse Narbe in der Scheitelgegend; die Haut war an dieser Stelle theilweise mit dem Knochen verwachsen, verdünnt und röthlich und glatt. Sie war ganz haarlos, während in der Umgebung zwar auch noch narbige Stellen sich zeigten, welche aber zum Theil mit Haaren bewachsen waren. Aehnlich beschaffen ist die Narbe bei zwei noch in der Anstalt befindlichen Personen, welche ebenfalls vor etwa 20 Jahren der Scheiteleinreibung unterzogen wurden, und lässt sich speciell aus letzterem Befunde schliessen, dass nur in der Mitte der grossen Narbe das Gewebe der Haut in ihrer ganzen Dicke zerstört wurde, während in der nächsten Umgebung schon tieferen Schichten mit den Haarwurzeln erhalten blieben. Der Knochen war in dem obduirten Falle an der entsprechenden Stelle zu beiden Seiten der Pfeilnaht wallartig erhoben, mit unregelmässigen Buckeln, von weisser Farbe, und seine Substanz von festerem Gefüge als die am übrigen Schädel, wie elfenbeinern. Das in dieser Partie gelegene Stück der Pfeilnaht war verstrichen, während sonst die Nähte des Schädels noch erhalten waren. Die Diploë, auch an den anderen Schädelknochen nur wenig entwickelt, fehlte an jener Stelle ganz. Entsprechend derselben Gegend haftete die innere Fläche des Knochens der Dura mater sehr fest an, so dass sie sich nur mit Mühe abtrennen liess. Hier war die innere Fläche in der Grösse etwa einer Mark deutlich unterscheidbar von ihrer Umgebung, indem sie vertieft erschien und ein poröses Aussehen bei röthlicher Färbung besass. Dem entsprechend zeigte die Dura mater an ihrer äusseren Fläche eine ebenfalls röthliche, etwas erhabene Stelle, an welcher sich zahlreiche kleine Gefässen durchrisen zeigten. Die innere Fläche der Dura zeigte nichts Auffälliges mehr, und die allerdings auf der Scheitelhöhe ziemlich starke Trübung der Pia mater, sowie die stärkere Entwicklung der Pacchionischen Granulationen dürfte wohl kaum noch mit der äusseren Verletzung im Zusammenhange gestanden haben. Aber auch so lässt sich nicht verkennen, dass der auf die äussere Haut applicirte

Reiz, obgleich das Verfahren in diesem Falle, in dem sich keine Spur einer Necrose der äusseren Knochentafel zeigte, im Ganzen wenig energisch angewandt war, doch seine Wirkung bis zu einer grösseren Tiefe entfaltet hatte, als man gewöhnlich wohl anzunehmen geneigt sein möchte. Es hatte sich nicht nur eine Entzündung des Knochens in seiner ganzen Dicke mit bedeutender Hyperostose entwickelt, sondern auch eine locale Pachymeningitis externa. Es scheint mir der Nachweis einer solchen Einwirkung des äusseren Hautreizes auf das Gewebe des Knochens und die Dura nicht ohne pathologische Bedeutung, und ebenso ist die Abolirung der Naht an der getroffenen Stelle wohl geeignet, die Ansicht derjenigen zu stützen, welche einen vorzeitigen Nahtschluss auf locale Reize zurückführen wollen. Nach diesen beiden Richtungen hin hat die Beobachtung wohl einiges Interesse. Stellt man nun aber die Frage, ob jene Befunde der beabsichtigten Wirkung entsprechen, so dürfte die Antwort kaum bejahend ausfallen. Derartige Läsionen, welche bei grösserer Energie des Verfahrens wohl auch auf die innere Fläche der Dura und noch weiter fortschreiten könnten, mögen wohl eher als wenig wünschenswerthe Nebenwirkungen aufgefasst werden. Namentlich scheint mir dadurch das Verfahren gerade da contraindicirt zu sein, wo man noch am ersten an seine Anwendung denken könnte, nämlich bei der Dementia paralytica. Hierin liegt gewiss auch ein Grund dafür, dass diese Kurmethode so schnell wieder verlassen wurde. Wenn auf der einen Seite die Kenntniss von der paralytischen Geistesstörung immer mehr sich ausbreitete, auf der anderen das die Psychiatrie früher fast ganz beherrschende Dogma vom Uebergange der so genannten primären Formen in die secundären auf immer engere Grenzen eingeschränkt wurde, so musste auch die Jacobi'sche Indication für die Anwendung der Scheiteleinreibung „im protrahirten Uebergangsstadium der primären Formen in Schwächezustände“ immer mehr an Boden verlieren. Ihre günstige Wirkung in einzelnen Fällen verdankt die Scheiteleinreibung zwei Factoren, welche wir auch sonst bei Psychosen zuweilen vortheilhaft finden: dem Schmerze und dem Fieber. In fiebigen Krankheiten jeder Art und bei äusseren Verletzungen, z. B. bei Panaritien, tritt nicht selten bei Geisteskranken eine Besserung von längerer oder kürzerer Dauer ein, und zuweilen ist diese Besserung der Beginn der Genesung. Eine Erklärung dafür lässt sich vorläufig nicht geben, und die in dieser Beziehung gemachten Versuche dürften kaum allgemeine Zustimmung gefunden haben. Da nun ausserdem in einem bestimmten Falle sich nicht voraussehen lässt, ob diese günstige Einwirkung durch Fieber oder Schmerz zu erwarten ist, so dürfte kaum noch jemand den Gedanken fassen, zur Behandlung einer Geistesstörung eine schmerzhafte und fiebige Krankheit mit immerhin bedenklichen Folgen künstlich zu erzeugen. Darnach ist eine Reactivirung der Scheiteleinreibung wohl nicht mehr zu erwarten.

Eine Discussion schliesst sich hieran nicht.

Hr. Westphal referirt hierauf über die Abhandlung von Schiff „La pupille considérée comme esthésiomètre“ und knüpft daran die Bemerkung, dass Schiff sowohl wie dem von diesem citirten Budin die von dem Vortragenden schon vor 13 Jahren publicirte Beobachtung\*) über das Verhalten

\*) S. Virch. Arch. 27. S. 409, 1863.

der Pupille in der Chloroformnarcose und über die Erweiterung derselben bei Reizung peripherer sensiblen Nerven unbekannt gewesen zu sein scheine. Uebrigens sei es auffallend, wie sehr verschieden die Angaben der Autoren über das Verhalten der Pupille in der Chloroformnarcose seien, und er habe auch deshalb diese Beobachtungen hier zur Sprache bringen wollen.

Herr Hirschberg: Ich möchte zunächst davor warnen, die Resultate der Experimente an Hunden auf die Menschen zu übertragen. Bei Hunden erweitert sich die Pupille während des Nahsehens, verengt sich aber während des Fernsehens (Dr. A. Müller in Graefe's Archiv I., 1, 440.). Beim Menschen ist bekanntlich das Umgekehrte der Fall. Während der Chloroformnarcose bei Menschen hat man doch wohl allgemein (und auch ich selbst) eine Verengerung der Pupille wahrgenommen, während die terminale Erweiterung der Pupille als Zeichen der allerhöchsten Lebensgefahr anzusehen ist.

Herr Jastrowitz: Er habe bei seinen ersten Mittheilungen über die Wirkung des Chlorals beim Menschen auch dasselbe Verhalten der Pupille beobachtet und dabei erwähnt, dass die erste Beobachtung darüber von Herrn Westphal herrühre. Er habe aber auch bei nicht narcotisierten, im natürlichen Schlaf befindlichen Personen dasselbe, wenn auch nicht so deutlich, constatiren können. Was die Verschiedenheit der Angaben über die Pupille bei den einzelnen Beobachtern anlange, so sei wohl die Stärke der Einwirkung des Chloroforms massgebend. Er würde eine Erweiterung nach stärkerer Chloroformirung auch für ein gefährliches Zeichen halten.

Herr Senator: Wie man die Erweiterung der Pupille, welche von dem Vorsitzenden auch beim Hineinschreien in's Ohr beobachtet wurde, durch Druckschwankungen erklären könne, so könne man vielleicht auch bei der durch sensible Reize entstehenden Erweiterung an Druckschwankungen, resp. an eine vorübergehende Anaemie denken.

Herr Blumenthal: Es sei zu der Zeit, als die Mittheilungen des Herrn Westphal erschienen, in der v. Graefe'schen Klinik häufig der Versuch angestellt worden, aber es gelang nicht, durch Reizung der Nasenschleimhaut eine Erweiterung hervorzurufen. Er habe Experimente angestellt über das Verhalten beim Erhängen. Dabei kämen aber sehr viele Dinge in Betracht, z. B. die Intoxication mit Kohlensäure. Auch dabei tritt erst Verengerung, dann Erweiterung und später eine mittlere Weite ein.

Herr Sander: Bei Chloroformirungen habe er gewöhnlich im Anfange des Einathmens eine Erweiterung, dann während der stärkeren Narcose eine Verengerung der Pupille gesehen, welche eben auf Nadelstiche einer vorübergehenden Erweiterung Platz mache; ebenso erweiterte sich die Pupille allmählich wieder, je mehr die Wirkung des Chloroform nachlasse. Uebrigens habe er seit langer Zeit auch das Verhalten der Pupille bei natürlich schlafenden Personen beachtet; sie erweiterte sich auch hier, wenn man die Personen laut anrufe, natürlich ohne sie vollständig zu erwecken, was bei einiger Vorsicht häufig gelingt. Bei der Erklärung für dieses Factum habe er auch an Reflexe, an die Druckschwankungen und andere Erklärungsversuche gedacht. Aber sie liessen ihn alle im Stich, und so sei er schliesslich aus Gründen, die zu erörtern hier zu weit führen würde, zu der Annahme gekommen, dass auch der mehr oder weniger wache Zustand des Gehirns Einfluss auf die Weite der Pupille habe. Es wären also mehrere Factoren bei

der jeweiligen Weite der Pupille massgebend, nämlich ausser der Lichtquantität, der Accomodation und anderen auch der Zustand des Sensoriums.

Herr Wernicke: In der von Herrn Senator angeregten Frage, ob die Erweiterung der Pupille durch Druckschwankungen sich erklären lasse, sei ein von ihm angestelltes und in seiner Arbeit über die Pupillen bei Geisteskranken veröffentlichtes Experiment entscheidend. Er habe nämlich alle Nerven, welche die Iris beeinflussen, durchschnitten und die Gefäße so hergerichtet, dass er nach Belieben Anaemie und Hyperaemie im Auge erzeugen konnte. Dabei zeigte sich keine Beeinflussung der Pupille durch die sehr bedeutenden Druckschwankungen. Es scheine also nötig, dass für das Spiel der Pupille noch irgend eine Nervenbahn bestehe, und dass der Sympathicus nicht directe Fasern zur Iris abgebe.

Herr Hirschberg: Die primäre Erweiterung bei der Chloroformirung lasse sich wohl durch die Beschattung erklären, da sich die Lider senken.

Herr Senator: Herr Wernicke müsse ihn missverstanden haben. Er habe nicht gemeint, dass die Schwankungen des Blutdrucks an sich schon einen Einfluss haben sollten, sondern nur durch Vermittelung der Nerven, so wie ja auch in den bekannten Versuchen von Kussmaul und Tenner eine Pupillenerweiterung entstehe.

Herr Sander: Der letzten Bemerkung des Herrn Hirschberg entgegen müsse er bemerken, dass er die primäre Erweiterung beim Chloroformiren auch in vollster Beleuchtung gesehen habe und natürlich bei gehobenen Lidern, was ja selbstverständlich sei. Auch sei die Erweiterung bedeutender, als bei blossen Beschattung; sie gleiche etwa der, welche man zuweilen im Beginne des epileptischen Anfallen beobachten kann.

Herr Westphal: Es habe ihn überrascht, dass die Versuche in der v. Graefe'schen Klinik nicht dasselbe Resultat ergeben haben, um so mehr, als v. Graefe nicht sehr tief chloroformirte, und dieses Stadium gerade das ist, in welchem der Versuch am Besten gelingt, vorausgesetzt, dass die Pupillen überhaupt myotisch geworden sind. Die Thatsache selbst aber wurde jetzt wieder von Schiff und Budin bestätigt. Nach denselben Mittheilungen scheinen doch individuelle Verschiedenheiten vorzukommen. Auffallend sei es, dass gute Beobachter zu so verschiedenen Resultaten gekommen seien. Schiff selbst nehme an, dass das Chloroform in den verschiedenen Ländern nicht gleich sei, und wolle daraus die verschiedenen Angaben erklären. Endlich sei noch zu erwähnen, dass Schiff eine Verschiedenheit der Wirkung auf die Pupille bei Chloral und Chloroform beobachtet habe, und gerade darin einen Grund finde gegen die Theorie, dass das Chloral im Organismus als Chloroform zur Wirkung komme.

#### Nachträglicher Zusatz zum Protokoll.

Herr Hirschberg: Nachträglich habe ich Gelegenheit genommen, während der zu operativen Zwecken von mir vorgenommenen Narcose die Weite der Pupille mit dem Pupillometer von Coccius zu messen.

1) Anna F., 14 Jahr alt, hat vor der Operation bei geradeaus in die Ferne gerichteten Sehachsen und heller Tagesbeleuchtung auf dem linken Auge eine Pupillenweite von 4 Mm. Narcose zur Schieloperation des rechten Auges. Nach mechanischer Hebung des linken geschlossenen Oberlides er-

scheint die linke Pupille 6 Mm. weit, wird aber rasch durch den Lichteinfall enger (< 4 Mm.) und ist unmittelbar nach der Operation wieder 4 Mm.

2) Rudolf K., 8 Jahr alt, zeigt auf dem rechten Auge vor der Narcose (zur Schieloperation des linken) eine Pupillenweite von 4 Mm., in ziemlich tiefer Narcose aber von  $2\frac{1}{2}$  Mm., ohne dass Erweiterung voraufgegangen.

3) Rudolf B., 6 Jahr alt. Die Pupille des rechten Auges ist immer bei einer Stellung wie im 2. Fall  $2\frac{1}{2}$  Mm. weit, in tiefer Narcose (zur Schieloperation des linken)  $1\frac{1}{2}$  Mm. weit. Mechanische Reizung der Nasenschleimhaut und Hineinschreien in's Ohr ändern die Pupille nicht, wohl aber wird sie durch Application eines starken Inductionsstromes auf die Wange ein wenig weiter, gleichzeitig die Narcose weniger tief.

4) Frau R., 33 Jahre alt. Das linke Auge zeigt vor der Narcose, geradeaus in die Ferne blickend, eine Pupillenweite von  $4\frac{1}{2}$  Mm. Während der zur Schieloperation des rechten Auges ausreichenden Narcose ging die Pupillenweite auf 3 Mm. zurück, dabei blieb Reaction auf Lichteinfall deutlich. Hob man das Lid, so erschien die Pupille etwas weiter, als sie vor der Narcose gewesen, wurde aber sofort enger.

5) Richard B., 7 Jahr alt. Die Pupille des rechten Auges zeigte bei geradeaus in die Ferne gerichteten Sehachsen 5 Mm. Weite. Während der Narcose blieben die Lider halb offen, es trat deutliche Verengerung ein (4 Mm.). Reizung der Nasenschleimhaut blieb ohne Erfolg; indess erwachte Patient.

6) Herrm. S., 13 Jahr alt, zur Operation am linken Oberlid narcotisiert. Pupille des rechten vor der Operation sehr eng,  $2\frac{1}{2}$  Mm. Während der Narcose ist eine palpable Aenderung der Pupille nicht nachweisbar.

### Sitzung vom 3. Juli 1876.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Herr Falk berichtet über einen Criminalfall, in welchem als wesentliches Belastungsmoment für den der Blutschande beschuldigten Angeklagten ein von diesem bald nach seiner Verhaftung abgelegtes Geständniss gelten konnte. Der Angeklagte behauptete späterhin, dieses Geständniss in einem Zustande von Seelenstörung abgelegt zu haben, an welchen Zufällen er öfter seit seiner vor Jahren erfolgten Entlassung aus einer Irrenanstalt leiden wollte. Obwohl der Vortragende im Einklang mit dem behandelnden Arzte sich mit Sicherheit dahin aussprach, dass gar keine Veranlassung vorliege, für den damaligen Zeitraum eine transitorische Seelenstörung bei dem Angeklagten anzunehmen, so hatten die Geschworenen doch eine andere Auffassung und sprachen den Angeklagten frei.

Eine Discussion knüpfte sich an diesen Vortrag nicht an.

Herr Westphal berichtet einen Fall, in welchem Anfälle von laryvirter Epilepsie lange Zeit der allgemeinen Paralyse vorangingen:

Der Ober-Controleur a. D. L., 41 Jahre alt, war wiederholt wegen Vergehen gegen die Sittlichkeit bestraft worden. Die betreffenden Handlungen waren immer die gleichen gewesen: Auf der Landstrasse, oder in den Strassen der Stadt, reitend oder gehend, auch an dem geöffneten Fenster seiner Wohnung entblösste er seine Geschlechtstheile vor zufällig vorübergehenden Frauenzimmern; häufig begleitete er diese Handlung mit Aeussерungen wie: „Sieh' mal, Mädchen, kennst Du das wohl? was ist das? Hast Du auch solche Härchen dran? Sieh' mal, magst Du das gern?“ etc. Auch im Gefängniss zu H. sah man ihn einmal mit entblößten Geschlechtstheilen an dem Fenster seiner Zelle stehen, welches auf die zur Zeit gerade sehr belebte Promenade ging. Er selbst wollte von diesen Thatsachen nie etwas wissen. Die Eigenthümlichkeit des Falles gab zu wiederholten Explorationen des Gemüthszustandes des L. Veranlassung; die ärztlichen Gutachten widersprachen sich; das Medicinal-Collegium erklärte ihn für vollständig zurechnungsfähig. Bei Gelegenheit einer neuen Anklage wurde die Thatsache ermittelt, dass L. im Sommer 1869 einmal plötzliche Anfälle von Bewusstlosigkeit gehabt habe. Es wurde nunmehr ein Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen verlangt und L. zum Zwecke der Beobachtung der Irrenabtheilung der Charité überwiesen. Die Angaben des p. L. hierselbst stellten epileptische Antecedentien ausser Zweifel; die Beobachtung ergab schlechten Schlaf, leichte Schwindelanfälle, ungleiche Pupillen, zuweilen geringes Häsitation der Sprache, gute Intelligenz, keine Wahnvorstellungen, keine auffälligen affectartigen Zustände, also im Ganzen nur geringfügige objective Erscheinungen. — Auf Grund des Gutachtens der Wissenschaftlichen Deputation (Sommer 1870) wurde L. ausser Verfolgung gesetzt.

Der Vortragende selbst war in Folge seiner Beobachtung des L. der Ansicht, dass L. an Epilepsie leide und die incriminirten Handlungen in Zuständen von Bewusstlosigkeit (epileptoide Anfälle) verübt wären. Nach Entlassung aus der Charité kehrte L. in seine Heimath zurück; im April 1871 erhielt der Vortragende ein Schreiben von ihm, worin er über Schwindelanfälle, starkes Kopfweh und furchtbare Beängstigungen klagte; gleichzeitig gab er eine sehr verständige und klare Darstellung seiner äusseren Lage, klagte aber, jedoch keineswegs in übertriebenen Ausdrücken, über Willkür und Härte einiger Behörden ihm gegenüber. Viel später (17. November 75) schrieb seine Frau dem Vortragenden, dass ihr Mann seit 4 Wochen geisteskrank sei; angeblich kurze Zeit nach einem heftigen Aerger sei er in grosse Aufregung gerathen, habe dann allerlei verkehrte Dinge geschwatzt, wollte nach Berlin zum Kaiser, lief zu allen Aerzten, um zu klagen, dass seine Frau geisteskrank sei, glaubte, Chef des Artillerie-Regiments zu werden, bei dem er gedient habe u. s. w. Er musste in die Irrenanstalt zu X. übergeführt werden. — Die Frau fügte hinzu, dass er 3 Jahre auf dem Landgericht zu N. gearbeitet und selten über Beschwerden geklagt habe.

Am 3. November, etwa 14 Tage nach seiner Aufnahme in die Irrenanstalt, starb er. In der Anstalt war Geistesstörung mit Lähmung und tobsüchtiger Aufregung constatirt worden. —

Der Vortragende knüpft hieran einige Bemerkungen über das Verhältniss von Epilepsie zur progressiven Paralyse der Irren und berichtet, dass er

wiederholt epileptische Antecedentien — wenn auch nicht gerade in der Form der geschilderten Zufälle, deren wegen L. wiederholt verurtheilt war —, beobachtet habe.

Der Vortragende theilt ferner einen Fall mit, in welchem eigenthümliche Zufälle von Einschlafen bestanden:

Ein 40jähriger Buchbindergeselle hatte im Jahre 1871 nach einem heftigen Aerger einen Anfall, in welchem er die Sprache verlor, heftig zitterte, sich niedersetzen musste, und nach welchem er sich in grosser Aufregung befand. Von da ab will er häufig ähnliche Anfälle bei geringfügigen psychischen Erregungen gehabt haben. — Die Anfälle, welche in der Charité selbst beobachtet wurden, sind wesentlich zweierlei Art. In den ersten fängt Pat. an zu taumeln wie ein Betrunkener; er hält sich an irgend einen Gegenstand, man beobachtet leichte zuckende Bewegungen im Gesichte und namentlich auch Bewegungen des Unterkiefers; die Augen bleiben halb geöffnet, das Weisse derselben sichtbar, die Respiration erscheint beschleunigt und ist wie seufzend. Bei einem solchen Anfall liess man ihn in der Mitte des Zimmers, ohne dass er eine Stütze hatte; er stand frei, vorn über gebückt, nur mit dem Kopf Bewegungen machend, als suche er eine Stütze, ohne die Augen in entsprechender Weise einzustellen. Endlich gelang es ihm, an einen Bettrand zu kommen, an welchem er sich festhielt. Gegen Ende des Anfalls äusserte er den Wunsch nach einem Stuhle und sagte immer noch mit halb geschlossenen Augen: „Entschuldigen Sie, dass ich mich setze.“ Er erklärte auf Befragen, dass er während des ganzen Anfalls die Besinnung behalten habe und sie immer in diesen Anfällen behalte, es sei ihm aber unmöglich zu sprechen; der Eindruck, den er während des Anfalls machte, war der eines Bewusstlosen.

Ausserdem hat er Anfälle von Einschlafen. Theils während er sich selbst überlassen ist, theils während man sich im Gespräche mit ihm befindet, sinkt der Kopf auf die Brust, die Augen fallen zu und er sitzt, ruhig respirirend, wie ein Schlafender da; der Schlaf dauert oft so lange, bis er absichtlich oder zufällig geweckt wird; das Erwachen geschieht immer mit grosser Leichtigkeit durch Anrufen, Anfassen u. s. w. Von solcher Schlafsucht will er auch auf der Strasse öfter befallen sein, wobei es dann vorgekommen, dass er im Schlaf gegen Menschen und Laternen angerannt oder mit einem Fusse in den Rinnstein getreten sei. Nur lebhafte körperliche Beschäftigung verhindert die Anfälle von Einschlafen. Es ist ganz gewöhnlich, dass man ihn bei der Visite schlafend findet. Seine Mutter leidet seiner Angabe nach an ganz gleichen Zufällen von Einschlafen. —

Der Vortragende glaubt diese Anfälle von Einschlafen als eine eigenthümliche Form in die Reihe der epileptoiden Zustände bringen zu müssen. Er hält es für wichtig — auch in forensischer Beziehung — auf derartige bis jetzt nicht beachtete Zufälle die Aufmerksamkeit zu lenken.

## Sitzung vom 6. November 1876.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Anwesend als Guest:

Herr Dr. Heydemann aus Rinteln.

Nach Verlesung und Annahme des Protokolls der letzten Sitzung sprach  
Herr Bernhardt: Ueber folgende zwei Krankheitsfälle.\*)

Ein früher gesunder Mann wurde in Folge heftiger Erkältung von reissenden Schmerzen in der Lendengegend, welche in die Beine hinein ausstrahlten, befallen. Die Unterextremitäten wurden paretisch; — während sich die rechte langsam erholte (während des ganzen zwei Monate währenden Krankheitsverlaufs fehlten Sensibilitätsstörungen, Störungen der Blase und des Darms, auch die Potenz blieb erhalten), atrophirten am linken Oberschenkel die Muskeln, welche vom Nv. cruralis und obturatorius innervirt werden mit Ausnahme des M. sartorius. Nach Auseinandersetzung der Gründe, weshalb er diesen Fall als einen von *acuter atrophischer Spinallähmung* Erwachsener ansieht, berichtet Herr Bernhardt über einen zweiten Kranken, welcher, an Tabes dorsalis leidend, im Verlauf dieser schon seit Jahren bestehenden Krankheit ebenfalls von Paraparese der Beine befallen wurde, und von der, wie im ersten, eine Atrophie der Vorder-Innenmusculatur des linken Oberschenkels, mit Ausnahme wieder des M. sartorius, übrig blieb. — Die weiteren Auseindersetzungen des Redners bezogen sich auf die pathologisch-anatomischen Grundlagen der von Duchenne „Paralysie spinale antérieure aiguë“ genannten Krankheit, auf deren Localisirbleiben auf eine Extremität oder sogar nur eine Muskelgruppe dieser Extremität auch bei Erwachsenen, auf die Ausnahmestellung, die der M. sartorius bei diesen das Cruralisgebiet betreffenden Lähmungen zu geniessen scheint, endlich auf die Annlogie der Beilähmungen mit diesen Lähmungen. Auch die Bleilähmung ist nach B. höchst wahrscheinlich als eine subacute atrophische Spinallähmung aufzufassen.

Herr Remak: Die interessante Mittheilung des Herrn Vortragenden über Localisation der Lähmung in bestimmten Muskelgruppen mit Verschonung einzelner von demselben Nerven versorger Muskel scheint mir eine Bestätigung der von mir zur Erklärung der Localisation der Bleilähmungen ausgeführten Ansicht zu sein, dass die Anordnung der motorischen Ganglienzellen im Rückenmark und der Nervenfasern in den Wurzeln und Plexus eine gesetzmässige, von derjenigen der peripheren lediglich aus topographischen Rücksichten gelagerten Nerven abweichende ist. In Bezug auf den Fall von vollständiger Lähmung des Cruralis- und Obturatorius-Gebietes mit alleiniger Verschonung des M. sartorius, eine Thatsache, welche bereits von Duchenne beobachtet wurde, möchte ich daran erinnern, dass in dem von

\*) S. dieses Archiv Bd. VII. 2. S. 313.

mir beschriebenen und von Herrn Bernhardt erwähnten analogen Falle mit der Localisation der Lähmung eine Lähmung des M. tibialis anticus, als einzige im Ischiadicusgebiete gelähmten Nerven, einherging. Diese Beobachtung erhält eine bemerkenswerthe Ergänzung durch einen von Erb beschriebenen Fall, bei welchem, bei völliger Integrität des Cruralis- und Obturatoriusgebietes, der Ischiadicus beiderseits complet gelähmt war mit einziger Ausnahme des Tibialis anticus. In diesem Falle wie in dem meinigen — beide sind traumatischen Ursprungs — handelte es sich übrigens wahrscheinlich nicht um circumscripte spinale Herde, sondern um eine Läsion der Wurzeln oder des Plexus. Hat Herrn Bernhardt vielleicht in seinem Falle besonders auf den Tibialis anticus geachtet?

Herr Bernhardt: Die Musculatur des Unterschenkels war in jeder Beziehung frei, also auch der M. tibial. antic. normal.

Herr Liman trägt über „die Denunciation eines alkoholistischen Hallucinanten“ vor.

Herr Mendel: Da er den in Rede stehenden Mann gekannt, so könne er mittheilen, dass derselbe mehrmals an Delirium gelitten habe. Dass es sich um Askoholismus handle, sei wohl klar, und es seien die Fälle nicht selten, dass die Hallucinationen in den wachen Zustand mit hinübergetragen werden.

Herr Sander: Das wesentliche Interesse des Falles scheine ihm nicht darin zu liegen, dass das Individuum die in der Nacht aufgetretenen Sinnes-täuschungen festhielt, sondern dass derselbe Mann, welcher so stark hallucinirt hatte und am Abende den Selbstmord (wahrscheinlich doch wieder in Folge von Delirien) beging, dazwischen so lucide erschien, dass eine ganze Anzahl selbst gebildeter Personen über seinen Zustand sich täuschen konnte. Es müsse sich also um ein ziemlich vollständiges Intervallum lucidum gehandelt haben, obgleich Redner selbst annimme, dass ein Sachverständiger den wahren Sachverhalt bald erkannt haben würde. Dass übrigens Untersuchungen auf Grund von Aussagen Delirirender eingeleitet werden, sei gar nicht selten; er habe selbst Derartiges mehrfach beobachtet, und noch heut sei ihm zufällig ein Aufsatz von Faure (Arch. génér. de méd. 1876, Mai) zu Gesicht gekommen, welcher das Entstehen von Wahnideen durch Träume u. dgl. behandle, allerdings viele verschiedenartige Dinge durcheinander werfe, aber auch mehrere hierhergehörige Fälle enthalte.

Herr Mehlhausen: In manchen Fällen könne man in der Reconvalescenz von Typhus etwas Aehnliches beobachten. In einem von Delirien scheinbar freien Zustande werden zuweilen Wahnvorstellungen geäussert, die im Typhus aufgetreten waren. Derartige Vortstellungen erhalten sich oft noch lange Zeit und verschwinden erst allmählich.

Herr Westphal: Er wolle noch auf das Abspielen einer ganzen Scenerie, einer ganzen Reihe von Vorgängen in diesem Falle aufmerksam machen, was im Delirium potatorum, ebenso wie die Persistenz der Wahnvorstellungen nicht selten sei.

Hiermit wurde die Discussion geschlossen.

Herr Leyden trug einen Fall von Rückenmarkserkrankung vor, welcher durch seine Entstehung und den anatomischen Befund von Interesse

ist. Ein Eisenbahnbeamter, Bremser, 40 Jahre alt, verunglückte im Jahre 1873 durch Entgleisen des Zuges, wurde ein Stück weit fortgeschleppt und umhergeschleudert. Die ersten Folgen waren: Mattigkeit und Schwäche, Schmerz in der linken Schulter und im Kreuze. Er musste eine Zeit lang das Bett hüten und litt längere Zeit an Schwäche in den Beinen, Beschwerden beim Uriniren und Schmerzen in der linken Schulter. Diese Symptome gingen vorüber und der Kranke befand sich, obgleich er wegen Schwäche des linken Arms den Dienst nicht wieder aufnehmen konnte, in leidlichem Zustande bis Januar 76. Da nahmen plötzlich die Schmerzen wieder zu; es stellte sich bis zum 29. Januar eine schnell zunehmende Lähmung mit Schmerzen in der Schulter und im Rücken ein und es traten auch in die linke untere Extremität ausstrahlende Schmerzen auf. Eine elektrische Behandlung hatte keinen Erfolg, vielmehr steigerten sich die Beschwerden, so dass der Kranke bei seiner Aufnahme in das Strassburger Spital am 11. Februar vollständig gelähmt war; dabei Gefühl eines Reifens um die Brust, Schwäche und Steifigkeit in der linken Schulter und lebhafte Schmerzen im Rücken; die Wirbelsäule war nicht deform, aber sehr steif und beim Aufheben lebhaft schmerzend. Der Verlauf war der gewöhnliche einer Myelitis und zwar, wie man gleich annehmen konnte, einer Compressionsmyelitis, und da eine Wirbelerkrankung nicht nachzuweisen war, so wurde die Diagnose auf Tumor gestellt. Die Autopsie ergab eine geschwulstartige Neubildung am Rückenmark, welche die Dura mater umgab, dieselbe gewissermassen umwölkte, also das Mark zu comprimiren geeignet war und auch eine Myelitis veranlasst hatte. Die Neubildung hatte eine gelblich röthliche Farbe und bestand aus kleinen, nahezu miliaren gelblichen Knötchen von käsiger Consistenz. Sie erstreckte sich von der unteren Hals- bis in die mittlere Brustgegend und drang bis auf die Innenfläche der Dura. Diese Beschaffenheit der Neubildung, welche sie den tuberculösen Massen nahestellt, unterstützt die durch die Krankengeschichte gewonnene Anschauung von der Entstehung der Krankheit. Es handelte sich um einen chronisch entzündlichen Process, welcher käsig wurde und eine tumorartige Form darstellte. Hervorzuheben ist es, dass die Entwicklung drei Jahre dauerte und der Patient sich dabei leidlich befand, bis die Myelitis sich einstellte. Von Interesse ist ferner, dass dieser Process sich fortsetzte durch die Intervertebral-Löcher längs der Armnerven im lockeren Bindegewebe bis in die Muskeln der linken Schulter. Es entsteht dadurch die Frage, was das primäre war, eine Frage, die sich nicht entscheiden lässt; jedenfalls aber haben sich die Processe im Zusammenhange entwickelt. Die Affection des Rückenmarks selbst endlich zeigte sich als eine exquisit den ganzen Querschnitt durchsetzende Veränderung von blasiger Beschaffenheit, an welche sich nach oben und nach unten die Degeneration anschloss, wie sie immer die Compression begleitet.

An den Vortrag, welcher durch Zeichnungen und Photographien der Muskel- und Rückenmarkspräparate erläutert wurde, schloss sich eine Discussion nicht an.

Herr Jastrowitz legte der Gesellschaft eine Anzahl von Manuscripten vor, welche aus dem Nachlasse Kant's in seine Hände gelangt sind.

## Sitzung vom 4. December 1876.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste sind anwesend die Herren:

Prof. Bunker aus New-York,

Dr Adamkiewicz aus Berlin.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des Herrn Fürstner, in welchem derselbe anzeigt, dass er wegen seiner Uebersiedelung nach Stephansfeld aus der Gesellschaft auszuscheiden genöthigt ist.

Hierauf berichtet Herr Küssner: Ueber einen Fall von zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit bei einem Frauenzimmer, welches wegen eines Verbrechens gagen die Sittlichkeit angeklagt war.

Die Angeklagte, die unverehelichte M., 30 Jahre alt, hatte am 26. Mai Abends den 5 jährigen Knaben F., der in ihrer Nähe spielte, zu sich herangerufen, ihm unter Versprechungen von Geld und Bonbons an seinem Penis gespielt und dann sich über ihn gehockt und Beischlafsbewegungen gemacht. Sie war deswegen in Anklagezustand versetzt und in Untersuchungshaft gebracht worden; hierselbst wurde sie von dem Gefängnissarzte beobachtet und war von diesem, da sie sich verdächtig machte, geisteskrank zu sein, zur weiteren Beobachtung nach der Irrenabtheilung der Charité dirigirt worden. Es stellte sich bereits nach kurzer Zeit heraus, dass die M. in der That geisteskrank war; dieser Anschauung schloss sich späterhin auch der mit der gerichtlichen Untersuchung ihres Gemüthszustandes betraute Physikus an worauf die Untersuchung niedergeschlagen wurde.

War der Fall auch im Ganzen klar, so sind doch einzelne Umstände interessant und namentlich das Motiv zu der incriminirten That, wie gleich gezeigt werden soll.

Die M. verrieth zwar weder in ihrem Benehmen noch bei oberflächlicher Unterhaltung irgend Etwas, was zur Annahme einer Geistesstörung hätte Veranlassung geben können; ging man indessen genauer auf die näheren Umstände der That und auf die Antecedentien der Kranken ein, so wurde diese Vermuthung zur Gewissheit. Was zunächst ihr früheres Leben betrifft, so gab sie (und die gerichtlichen Acten bestätigten ihre Angaben im Grossen und Ganzem) etwa Folgendes an. Sie war die Tochter eines Subalternbeamten, hatte eine für ihren Stand gute Erziehung genossen, war als erwachsenes Mädchen in mehreren frommen Stiftungen gewesen, hatte sich zur Lehrerin ausgebildet und sich stets die Zufriedenheit ihrer Principale erworben. Von einem jungen Manne „verführt“ begann sie ein etwas abenteuerliches Leben wechselte fortwährend ihre Stellung, zog ohne ausreichenden Grund von einer Stadt zur andern, war 1874 mehrere Monate in einem Bordell zu Köln, verliess dann dasselbe, weil das Leben dort sie „anekelte“, zog hieran in verschiedene Häuser als Dienstmädchen, gab nach kurzer Zeit auch diese Stellungen auf und trieb endlich (hier in Berlin) Winkelhurerei.

Musste schon dieses vagabondirende Leben der bis dahin unbescholtenen Person den Verdacht auf Geistesstörung nahe legen, so wurde dieser auf's Nachdrücklichste bestätigt durch die Motivirung, welche die Kranke dafür angab. Abgesehen davon, dass sie in Bezug auf verschiedene Punkte öfters widersprechende Angaben mache, kam sie in der Hauptsache stets darauf hinaus, dass sie alle ihre Handlungen (etwa seit dem Zeitpunkt, wo sie „verführt“ worden war) nicht mit Ueberlegung, sondern unter fremdem Einfluss, dem Einfluss jenes oben erwähnten jungen Mannes vollbracht habe, dass sie so habe handeln müssen. Ueber die Art dieses Einflusses nähere Angaben zu machen konnte sie durchaus nicht bewogen werden; sie schlug dieses stets rundweg ab mit der Bemerkung, dass sie dadurch andere Personen, worunter ihre Eltern, compromittiren würde. Nur so viel konnte aus ihr herausgebracht werden, dass sie den Einfluss nicht für einen directen, persönlichen hielt; sie hatte jenen Mann seitdem niemals wiedergesehen, wollte aber bemerkt haben (woran, war nicht zu ermitteln), dass er verschiedene Personen, mit denen sie später in Berührung kam, dirigirt habe. Einmal äusserte sie, dass sie glaube, derselbe gehöre einer Freimaurer-Gesellschaft an; jedoch auch hierüber verweigerte sie jede nähere Auskunft; sie könne und dürfe nichts weiter sagen, es seien ihr Schranken gesetzt. Was endlich das Motiv zu ihrer That anlangt, so liess sie sich darüber nicht gern aus, gab jedoch an, sie glaubte, dass ihr der kleine Junge in den Weg geschickt worden sei, und dass auch dies der erwähnte junge Mann veranlasst habe.

Diese Erklärung stimmt, so sonderbar sie auch an sich erscheinen mag, doch sehr gut mit den übrigen Aussagen der Kranken überein; und wie schon der Gefängnissarzt in seinem vorläufigen Gutachten hervorhob, konnte man an rohe Sinnlichkeit als Motiv des Verbrechens nicht wohl deshalb denken, weil es der M. nicht hätte schwer werden können, ihren Geschlechtstrieb auf naturgemässere Weise zu befriedigen.

Es handelt sich also bei der M. um einen Zustand von Verrücktheit, und die verbrecherische That ist als das Product von Verfolgungsideen zu betrachten — ein bei derartigen Verbrechen gewiss nicht häufiger Anlass.

Während der weiteren Beobachtung der Kranken in der Charité traten übrigens auch unzweifelhafte Symptome geistiger Schwäche deutlich hervor; als besonders charakteristisch ist z. B. ein Heirathsantrag in optima forma anzuführen, den die M. (schriftlich) an einen der Aerzte richtete.

Herr Curschmann trägt einen Fall vor von Tumor des Kleinhirns, dessen Symptome im Leben eine richtige Diagnose möglich machen.

Die Patientin war bei der Aufnahme in's Krankenhaus beiderseits absolut amaurotisch bei negativem Augenspiegelbefund, die Bulbi waren unbeweglich grade nach vorn gerichtet, die Pupillen beiderseits gleichmässig dilatirt und unbeweglich.

Die Kranke konnte weder gehen noch stehen; bei jedem Versuch hierzu klagte sie über heftiges Schwindelgefühl, eine Empfindung, welche im Liegen fehlte. Bei Geh-Versuchen machte sie ganz ungeordnete Bewegungen mit den unteren Extremitäten, setzte zu früh oder zu spät die Füsse auf, kam bald mit der Ferse, bald mit der Spitze zuerst auf den Boden, schleuderte

ganz regellos die Unterschenkel, und der ganze Körper schwankte so heftig, dass stets zwei Personen zur Stütze nothwendig waren. Prüfte man in ruhiger Lage die Motilität, so zeigte sich, dass die absolute Muskelkraft der unteren Extremitäten beiderseits vollkommen erhalten war. Es war nur die Fähigkeit der Coordination der Muskelbewegungen vorloren gegangen. Die Sensibilität war am ganzen Körper intact.

Gehör, Geruch und Geschmack waren intact, und auch im Gebiet der übrigen Hirnnerven, namentlich Facialis und Trigeminus, bestand keine Veränderung.

Eine auffallende Erscheinung waren Schlingbeschwerden ohne nachweisbare Veränderung der Fauces oder des Oesophagus. Die Kranke konnte schliesslich fast nur flüssige Nahrung geniessen. Stuhlgang und Urinentleerung waren gestört; sie erfolgten zwar nicht ganz unfreiwillig, konnten aber nicht so lange und vollständig zurückgehalten werden als bei Gesunden. Das Sensorium war bis wenige Tage vor dem Tode frei.

Die Section, deren Details hier übergeangen werden, ergab einen Tumor, der die ganze vordere Partie des Vermis cerebelli einnahm, dem Boden des IV. Ventrikels auflag und von da sich bis unter das hintere Vierhügelpaar erstreckte, die dadurch bis zu Papierdünne auch comprimirt waren. Die Geschwulst war auch histologisch interessant, in sofern es sich um ein Papillom handelte.

Zur Discussion über diesen Vortrag, welcher in extenso veröffentlicht werden wird, erhält das Wort

Herr Bernhardt: Er erinnert an einen in jüngster Zeit von Kohts veröffentlichten Krankheitsfall, der in seinem Verlaufe dem des Vortragenden sehr ähnlich war. Auffälliger Weise werde dieser Fall von dem Vf. als Stütze für die Behauptung benutzt, dass das hintere Vierhügelpaar der Coordination der Bewegungen diene, während doch die Autopsie neben der Vierhügelerkrankung auch im vorderen Theile des Wurms eine Läsion erkennen liess, und ohne dass auseinandergesetzt werde, ob der Tumor nicht von hinten nach vorn gewachsen sei.

Herr Curschmann: Diese Bemerkung habe er auch machen wollen. Die Krankengeschichte von Kohts habe etwas Gezwungenes; er vernachlässige die grosse Cyste im Wurm des Kleinhirns. Derselbe habe auch Experimente angestellt, welche beweisen sollen, dass Läsion des hinteren Vierhügelpaars die Coordination aufzuheben im Stande sei. Gegen diese Versuche sei zu bemerken, dass man Experimente an den Vierhügeln vorwurfsfrei mit Bezug auf den Wurm schwer machen könne, weil die Blutung gewöhnlich ihre Richtung dorthin nehme und die Coordinationssstörung darauf bezogen werden könne.

Herr Westphal fragt, ob auch das Muskelgefühl untersucht worden sei, namentlich auch in Betreff der Vorstellung von der Lage der Extremitäten.

Herr Curschmann: Er habe allerdings die betreffenden Versuche gemacht. Es sei unvollkommen gegangen, doch liess sich nicht bestimmt angeben, ob das Muskelgefühl vorhanden war; bis zu einem gewissen Grade scheine es der Fall gewesen zu sein.

Herr Westphal: Ob überhaupt das Gefühl für passive Bewegungen vorhanden gewesen?

Herr Curschmann: Ja; ungefähre Vorstellungen bestanden offenbar.

Herr Westphal bemerkte noch, dass vor Kurzem in seiner Krankenabtheilung ein Tumor der Vierbügel ohne auf die Coordination bezügliche Erscheinungen zur Beobachtung gekommen sei.

---

### Bericht über das Jahr 1876.

Im Beginne des Jahres 1876 zählte die Gesellschaft **66** Mitglieder, von denen sie im Laufe des Jahres eins durch den Tod verlor. Vier andere Mitglieder schieden aus, weil sie ihren Wohnsitz veränderten. Neu aufgenommen wurden 9 Mitglieder, so dass der Gesellschaft gegenwärtig **70** Personen angehören, zu welchen sich ein Ehren- und 6 auswärtige Mitglieder gesellen.

Die Kassenverhältnisse gestalteten sich so, dass am 1. Januar 1876 ein Bestand von 153 Mk. 5 Pf. vorhanden war. Die Einnahmen betrugen 486 Mk. 50 Pf., die Ausgaben 533 Mk. 55 Pf., so dass am Ende des Jahres sich ein Kassenbestand von 106 Mark ergab.

Es wurden während des vergangenen Jahres 8 Sitzungen gehalten; am 19. Februar feierte die Gesellschaft ihr Stiftungsfest durch ein gemeinschaftliches Mittagessen.

---