

XXV.

Neuropathologische Beobachtungen aus der medicinischen Poliklinik in Halle a. S.

Von

Dr. B. Kuessner.

**I. „Athetose“-Bewegungen bei einem Paralytiker ohne Herderkrankung im Gehirn.**

E. M., 42jähriger Fabrikarbeiter. Die Mutter litt an atheromatöser Degeneration der Arterien und (durch die Section constatirten) Erweichungsherden im Gehirn; sonst ist keine neuropathische Disposition nachweisbar. Die äusseren Verhältnisse des Kranken waren günstige, er selbst war bis vor zwei Jahren stets gesund und ungewöhnlich kräftig gewesen. Vor 9 Jahren hatte er einen Schlag mit einem Stuhl auf den Kopf bekommen und davon eine schmale Narbe zurückbehalten; dieses Ereigniss ging ohne alle üblen Folgen vorüber.

Im August 1875 bekam er eines Abends plötzlich einen eigenthümlichen Anfall: nach Aussage der Frau, die intelligent ist und präzise Angaben macht, erschien er „verändert“, konnte zwar gut sprechen, wusste aber nicht, was er mit Gegenständen, die er zur Hand hatte (z. B. Kleidungsstücke) anfangen sollte. Er wurde zu Bette gebracht, schlief gut und war am nächsten Morgen völlig normal, ging wie sonst zur Arbeit. Nach einigen Wochen erlitt er in der Fabrik einen Anfall von Bewusstlosigkeit, fiel um, lag mehrere Stunden so und musste nach Hause gefahren werden. Seitdem war die Sprache etwas genirt; es war als ob „die Zunge schwer wäre“. — Näheres ist nicht zu eruiren. Nach ganz kurzer Zeit bereits war Patient wieder hergestellt und arbeitsfähig, zeigte keine Spur von Lähmung.

Im October 1875 wurde er eines Tages auf der Strasse liegend gefunden (für betrunken gehalten) und nach Hause gebracht; er sprach einige Tage gar nicht, war jedoch dann wieder wohl und arbeitete. — Bald danach stellten sich allmählig, und ohne dass ein neuer „Anfall“ aufgetreten wäre, die unten zu beschreibenden unwillkürlichen Bewegungen im

rechten Arme ein, welche anfangs gering waren und den Kranken noch nicht am Arbeiten hinderten; im Winter nahmen sie jedoch zu und ergriffen auch das Bein, der Arm „wurde schwach“, und Patient musste seine Beschäftigung aufgeben. Auch die Sprachstörung trat seitdem mehr hervor. Die Intelligenz des Patienten soll keine merkliche Abnahme gezeigt haben — im Gegentheil versichert die Frau, ihr Mann habe sich stets genau nach Allem erkundigt, ein gutes Gedächtniss für die Ereignisse früherer, sowie der letzterflossenen Zeiten gehabt und seine unglückliche Lage immer schmerzlich empfunden. Auch sonst weiss die Frau keine krankhaften Erscheinungen mitzutheilen, namentlich hat Patient nie Aufregungszustände gezeigt und nie Grössenideen geäussert.

Wiederholt wurde Patient ärztlich behandelt (worüber mir leider jede Notiz fehlt), ohne dass sich der Zustand besserte; vielmehr wurde das „Zittern“ in den rechtsseitigen Extremitäten immer stärker, die Sprache immer langsamer und schwerer verständlich, und Patient begab sich Anfangs Mai d. J. in poliklinische Behandlung. Sein Zustand war um diese Zeit folgender:

Kräftiger, grosser Mann, mit bereits sehr kahlem Schädel, jedoch ohne sonstige Altersveränderungen. Ueber dem rechten Stirn- und Scheitelbein eine mehrere Zoll lange, nicht adhärente Narbe. — Auf den ersten Blick fallen an dem Kranken fortwährende rhythmische Bewegungen des rechten Armes auf (s. weiter unten), auch im rechten Fuss ähnliche aber weniger intensive Bewegungen.

Der Gesichtsausdruck ist stupid und ändert sich auch bei längerer Unterredung nicht; das ganze Gesicht, dessen rechte Hälfte übrigens flacher als die linke erscheint, hat etwas eigenthümliches Schlaflfes und Ueberlebtes. Patient antwortet langsam und einsilbig, spricht unaufgefordert gar nicht. Die Sprache ist schwer verständlich, fast lallend, jedoch nicht „paralytisch“; es ist kein „Silbenstolpern“ wahrzunehmen. Während des Aussprechens der einzelnen Silben zittert die Stimme oft. Unterhält man sich längere Zeit mit dem Kranken, so gelingt es besser ihn zu verstehen. Die hervorgestreckte Zunge, welche eine Abweichung nach rechts oder links nicht erkennen lässt, zittert stark; die Excursionen der Lippen beim Sprechen sind äusserst gering. Eine genauere Characteristik der Sprache zu geben, scheint mir kaum möglich — jedenfalls lassen sich die eigenthümlich klingenden Laute nicht durch Schriftzeichen reproduciren. Es macht durchaus den Eindruck, als ob alle beim Phoniren und Articuliren thätigen Muskeln sehr schwach agiren, doch lässt sich eine Störung der Coordination dabei nicht nachweisen. Der Klang der Stimme ist schwach, ihre Höhe fast durchweg dieselbe; bisweilen spricht Patient im Flüsterton und ist dann leichter zu verstehen. — Pfeifen gelingt nicht. Zuspitzen des Mundes, Stirnrunzeln etc. sind unvollkommen ausführbar, beiderseits ohne erhebliche Differenzen. Pat. vermag gut zu schlucken. Eine geringe Abflachung der rechten Gesichtshälfte (in der unteren Facialispartie) ist bereits erwähnt.

Während der Unterredung fixirt Patient den Fragenden, folgt auch mit den Augen, wenn derselbe umhergeht, ändert aber nie seinen schlaffen, dementen Gesichtsausdruck.

Auf einfache Fragen (nach Namen, Wohnung, Tag und Datum etc.) antwortet er meistens richtig, sieht jedoch zuweilen seine Frau wie hilflos an, lässt Fragen nach anamnestischen Daten häufig ganz unbeantwortet. Mitunter wiederholt er auch statt einer Antwort die ihm vorgelegten Fragen. Nach seinem Leiden befragt, deutet er mit der linken Hand auf die rechten Extremitäten und fängt zu weinen an. — Im Ganzen macht er also den Eindruck entschiedenen Stumpfsinnes, lässt sich aber nach der Versicherung seiner Frau nur selten Verunreinigungen zu Schulden kommen, verrichtet vielmehr unaufgefordert seine Nothdurft.

Die vegetativen Functionen sind ungestört. Die physicalische Untersuchung der innern Organe ergibt durchaus normale Verhältnisse.

Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke; beide reagieren auf Lichteinfall leidlich gut. Die Untersuchung mit dem Spiegel ergibt völlig normalen Augenhintergrund beiderseits, keine Spur von *Atrophia nervi optici*. Auch die Prüfung der Functionen der Augenmuskeln lässt nichts Krankhaftes auffinden. Kein Nystagmus.

Die Innervationsstörungen der Extremitäten sind streng auf die der rechten Seite beschränkt und bestehen in unaufhörlichen, genau rhythmischen Bewegungen der Hand und des Fusses. — Die Hand wechselt fortwährend zwischen Pro- und Supination in nur mässigen Excursionen; in demselben Rhythmus spielen die Finger, welche in toto gestreckt sind, aber in den Metacarpo-Phalangeal-Gelenken abwechselnd Beugung und Streckung machen, während der Daumen in gleichem Tempo ab- und adducirt resp. extendirt und flectirt und opponirt wird. Es kommt dadurch im Ganzen eine Art „Greifbewegung“ zu Stande, wenigstens mit den Fingerspitzen. — Am Fusse bewegt sich vorzugsweise die grosse Zehe in abwechselnder Flexion und Extension; die übrigen Zehen agiren weit schwächer. Sonst verhält sich die Muskulatur des Beines ruhig. — Alle hier geschilderten einzelnen Bewegungen erfolgen stets in genau demselben Rhythmus, so dass dadurch eine grosse Regelmässigkeit in die Zuckungen kommt, und zwar treten sie zu etwa je 2 in 1 Secunde auf (Ab- und Adduction, Pro- und Supination etc. als je eine Phase gerechnet). Durch den Willen können die geschilderten Bewegungen nicht im mindesten beeinflusst werden; im Schlafe cessiren sie vollständig, wie ich mich selbst überzeugte. Bisweilen werden, während Patient geht, die Bewegungen des Armes etwas weniger intensiv. — Mechanisches Eingreifen (ob von Seiten des Pat. selbst oder des Arztes) hatte keinen Einfluss auf die Zuckungen.

Die Muskeln des rechten Vorderarmes erschienen sämmtlich etwas rigid.

Unterstützt Patient die befallenen Extremitäten, so sind die Zuckungen relativ gering, nehmen an In- und Extensität bedeutend zu, sobald die Stütze wegfällt, und Patient das betreffende Glied frei schwebend zu halten sucht. Die motorische Kraft ist rechterseits offenbar etwas geringer als links.

Beim Gehen hält Patient sich entweder an den Möbeln in der Stube, oder stützt sich mit der linken Hand; das rechte Bein schleppt er nach, und der störende Einfluss der unwillkürlichen Zehenbewegungen wird so zum Theil compensirt. Mehrmals soll er auch auf ebener Erde bei Gehversuchen ge-

fallen sein, indessen vermochte er sogar noch (obschon mit Mühe) Treppen hinunter- und hinaufzugehen.

Was die active Mobilität des rechten Armes anlangt, so vermochte Patient alle Bewegungen auszuführen, jedoch langsam und vielfach durch die unablässig erfolgenden Zuckungen gestört. Dieselben wurden bei intendirten Bewegungen bedeutend stärker, der ganze Arm gerieth oft in Schleudern; und wenn man z. B. verlangte, Patient sollte den Arm über den Kopf erheben, so fuhr er mit demselben nach allen Richtungen in der Luft umher, gelangte aber schliesslich doch an's Ziel. Wollte er mit der rechten Hand Gegenstände erfassen, so gelang ihm dies erst nach einigem Fehlgreifen; er liess sie dann oft wieder fallen, oder wenn er beispielsweise ein Glas Wasser hielt, verschüttete er einen Theil davon etc. — Von Schreiben und noch feineren Manipulationen war natürlich keine Rede mehr.

Ueber etwaige Störungen des Muskelgefühls und der Sensibilität war bei der Demenz des Patienten Nichts zu ermitteln, doch bestanden offenbar keine groben Differenzen zwischen beiden Seiten. Eine Volumsdifferenz in den Extremitäten beider Körperhälften war nicht nachweisbar.

Der weitere Krankheitsverlauf lässt sich mit wenigen Worten schildern. Die Demenz des Patienten nahm rasch zu. Ende Mai starb seine Mutter (s. oben); als ihm ihr (plötzlicher erfolgter) Tod gemeldet wurde, wiederholte er mehrmals „die Mutter ist todt,“ und nach Angabe der Frau „schien er zuerst traurig zu sein,“ er versank dann aber bald wieder in Apathie*). Bald verunreinigte er sich regelmässig mit Urin und Koth. Die Sprache wurde immer undeutlicher und in kurzer Zeit absolut unverständlich. Allmählig stellte sich hochgradige allgemeine Schwäche ein, so dass Patient die letzten drei Wochen seines Lebens ganz im Bette verbrachte. Die unwillkürlichen Bewegungen der rechten Extremitäten dauerten bis zum Tode unverändert fort.

Während seiner letzten Lebenstage schrie Patient viel und war Nachts unruhig, wahrscheinlich wegen der Schmerzen an einer mittlerweile über dem Kreuzbein entstandenen Decubitusstelle, die bei Berührungen sehr empfindlich war. — Ausserdem hatte er die Angewohnheit angenommen durch die Zähne zu pfeifen, that dies auch sehr oft im Verlauf einer Unterhaltung.

Erwähnen will ich noch, dass die mehrfach wiederholt (in den letzten Wochen allerdings nicht mehr) angestellte ophthalmoscopische Untersuchung stets wie das erste Mal normale Verhältnisse ergab.

Patient starb am 29. August Morgens.

*) Etwa 8 Tage vor seinem Tode sah ich nach einer mehrwöchentlichen Abwesenheit den Patienten wieder — er weinte und streckte mir die Hand entgegen; diese Erregung ging jedoch sehr bald vorüber.

Was die Classification unseres Falles anlangt, so musste natürlich vor Allem die allgemeine Paralyse in's Auge gefasst werden — indessen war ich anfänglich mehr geneigt eine Herderkrankung (Erweichung) des Gehirns anzunehmen; sicher lässt sich die Berechtigung dazu bestreiten, doch gehört es nicht hierher die Gründe pro et contra anzuführen.

Um eines der wesentlichsten Symptome hervorzuheben, so waren dies die bis zum Tode andauernden unwillkürlichen Bewegungen der rechten Extremitäten, die mit den bei „Athetose“ beobachteten die grösste Aehnlichkeit hatten. Dass solche in reinen Fällen von allgemeiner Paralyse vorkommen, war mir aus der Literatur nicht bekannt, und ich habe auch während meiner Assistentenzeit an der Psychiatrischen Klinik der Charité in Berlin nicht Gelegenheit gehabt dieselben zu sehen. Selbstverständlich konnte dies allein aber keinen Grund abgeben die Paralyse auszuschliessen, zumal da bei dieser (*sit venia verbo*) eigentlich „Alles vorkommt“.

Ich war daher sehr gespannt auf das Ergebniss der Section, welche Herr Dr. F. Marchand gütigst ausführte.

Es fand sich, um zuerst die Hauptsache zu erledigen, keine Spur einer Herderkrankung im Gehirn. Die Dura war mässig, die Pia desgl. nur wenig verdickt, etwas ödematös, von der Hirnsubstanz gut trennbar; letztere im Ganzen derb und zäh. Die Seitenventrikel enthielten einige Gramm leicht getrübtter Flüssigkeit und zeigten eine enorme Wucherung und Verdickung des Ependyms, ebenso der vierte Ventrikel. Das war Alles. Die microscopische Untersuchung wurde zwar nicht gemacht, doch liess die genaueste macroscopische Besichtigung nirgends einen Schatten einer Abnormität entdecken.

Die pathologischen Befunde an den übrigen Organen beschränken sich auf mässiges Lungenödem. — Das Rückenmark konnte der äusseren Verhältnisse wegen (die Section des poliklinisch behandelten Pat. fand in dessen Behausung statt) nicht herausgenommen werden, was immerhin bedauerlich, aber für die Beurtheilung unseres Falles wohl nicht von entscheidender Bedeutung ist. — Die anatomische Untersuchung hatte somit die Zweifel, die bezüglich der Diagnose noch obwalten konnten, aufgeklärt — der „negative“ Befund hatte für Paralyse entschieden.

Wie bereits oben erwähnt, erinnerten die im vorliegenden Falle vorhandenen Zuckungen ungemein an die bei „Athetose“ vorkommenden unwillkürlichen Bewegungen*).

Diese merkwürdige Affection, die bei uns in Deutschland wohl hauptsächlich durch Bernhardt**) allgemeiner bekannt geworden ist, wird jetzt nach verschiedenen Richtungen hin so lebhaft discutirt, dass wohl jede Einzelbeobachtung ein gewisses Interesse beanspruchen dürfte. — Was das Krankheitsbild anlangt, so genügt es auf die oben genannte Arbeit Bernhardt's, wie auf seine zweite kleinere Mittheilung***), auf die Aufsätze von Rosenbach†) und Berger††) zu verweisen, und ich möchte nur einige Punkte, die von besonderem Interesse sind, berühren.

Da ist zunächst die durch Bernhardt angeregte Frage, ob Athetose mit Charcot's Hémichorée post-hémiplégique identisch ist. So viel ich ersehen kann, wird dieselbe von der Mehrzahl der Autoren ausdrücklich oder stillschweigend bejaht, und was wohl am wesentlichsten ist, auch durch Charcot's†††) gewichtige Stimme positiv beantwortet. Eine von einem weiteren Gesichtspunkte gewonnene Anschauung vertritt Gowers*†), der die Athetose und verschiedene andere posthemiplegische Bewegungsstörungen als dem Wesen nach zusammengehörige Affectionen darstellt; es ist diese Auffassung sehr überzeugend entwickelt und durch eine Casuistik von 18 Fällen gestützt.

Was die pathologische Anatomie betrifft, so sind bisher die Sectionsberichte äusserst spärlich*††). — Die aprioristische Ansicht

*) Die von mehreren Autoren als charakteristisch angesehene Herabsetzung der Sensibilität der ergriffenen Körperhälfte war zwar hier nicht (wenigstens nicht mit Sicherheit) nachweisbar, wird jedoch auch von anderen (Charcot, Gowers) als kein constantes Phänomen angesehen.

**) In Virchow's Archiv Bd. 67.

***) Deutsche medicin. Wochenschr. 1876 No. 48.

†) Virchow's Archiv Bd. 68.

††) Berl. klin. Wochenschr. 1877 No. 3.

Aus der englischen bez. amerikanischen Literatur sind mir im Original leider nur die beiden kurzen Mittheilungen von Clifford Allbutt und Currie Ritchie (Med. Times 1872) zugänglich; die übrigen, namentlich die von Hammond und Weir Mitchell kenne ich nur aus verschiedenen Citaten und Referaten.

†††) Leçons sur les malad. du syst. nerv. 4 Fasc. pag. 459 „l'athétose n'est qu'une variété de l'hémichorée posthémiplégique.“

*†) Medic.-chir. Transact. Vol. 58. Der höchst interessanten Arbeit sind mehrere sehr instructive Abbildungen beigegeben.

*††) Vergl. die oben citirten Arbeiten und den ganz kürzlich von Lauen-

Eulenburg's*), dass der Athetose Erkrankungen der Hirnrinde zu Grunde liegen, fand zwar in den bis jetzt bekannt gewordenen Befunden keine Bestätigung, wurde aber von Ewald**) auf Grund einer jüngst gemachten Beobachtung vertheidigt. — Ewald berichtet als ersten seiner „Fälle chronischer Zwangsbewegungen“ einen dem unserigen auffallend ähnlichen — ebenfalls Athetose - Bewegungen der rechten Extremitäten bei einem Paralytiker. Es fanden sich bei der Section zwei kleine Erweichungsherde in der ersten linken Schläfenwindung, und Ewald hält danach (unter Berufung auf analoge klinische und experimentelle Beobachtungen) wie Eulenburg Erkrankungen der Rinde für die Ursache der Athetose.

Ohne mich auf seine Raisonnements weiter einzulassen, die wohl an mehreren Punkten angreifbar wären, möchte ich als Hauptergebniss unseres Falles hinstellen, dass wir ohne einen (mit den jetzigen Hilfsmitteln erkennbaren) Herd zu finden, Athetose-Bewegungen constatirt haben.

Wenn nun auch, wie schon oben angedeutet, an Paralytikern gewonnene Erfahrungen gewiss mit doppelter Vorsicht zu beurtheilen sind, so scheint doch aus unserer Beobachtung hervorzugehen, dass Athetose (resp. eine damit nahe verwandte Erkrankungsform) auch bei „negativem“ Hirnbefund***) vorkommen kann, und dass nicht ohne Weiteres etwa gefundene Herderkrankungen dafür verantwortlich gemacht werden dürfen; und vorläufig wäre ich eher geneigt der Ansicht Rosenbach's (l. c.) beizustimmen — es möchte die Athetose „keine selbstständige Affection, sondern nur eine Begleiterscheinung verschiedener Krankheitsprocesse“ sein, oder, wenn man lieber will, eine „functionelle Störung.“ Und es scheint mir mein Fall noch prägnanter dafür zu sprechen, als der Rosenbach'sche, von dem Wernicke in seinem Referat (Centralbl. 1877 No. 17) sehr richtig bemerkt: „die Localität des Herdes sei durch ihre annähernde Uebereinstimmung mit den Befunden Charcot's sehr bemerkenswerth †)“.

stein (D. Arch. f. klin. Med. XX., 1) veröffentlichten Fall, in welchem sich ein Herd im Thalamus fand.

*) v. Ziemssen's Handb. der spec. Pathol. u. Ther. XII., 2.

**) D. Arch. f. klin. Med. XIX., 5—6.

***) Es liegt mir verselbständlich durchaus fern die pathologisch-anatomischen Befunde bei der allgemeinen Paralyse schmälern zu wollen, die in den letzten Jahren bereits die interessantesten Aufschlüsse gebracht haben.

†) Auch Bernhardt (in seiner zweiten Mittheilung) kann übrigens Rosenbach's Argumentationen nicht unbedingt gelten lassen.

Noch einer Möglichkeit möchte ich gedenken, die offenbar vorhanden ist — vielleicht ist das Krankheitsbild der Athetose, obschon die bisher bekannt gewordenen Mittheilungen in ihren Zügen übereinzustimmen scheinen, gar kein so genau präcisirtes; und vielleicht werden spätere Untersuchungen feinere Unterschiede aufdecken, wo wir jetzt noch keine sehen, ähnlich etwa wie man vor Charcot fast allgemein Paralysis agitans und Sclérose en plaques confundirt hat.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, eine Bemerkung von Griesinger*) zu citiren, die mir sehr am Platze erscheint:

„Zufälle giebt es wohl im Hirn so wenig, als in den übrigen Organen, aber wir kennen freilich dies verwickelte Organ viel zu wenig, um in einer solchen Beziehung sogleich Schlüsse zu können. Was sollen wir also thun? — Die Thatsachen wohl beachten und notiren“.

II. Atactische (motorische) Aphasie bei einem dreijährigen Kinde.

Die dreijährige Elise G., ein ungewöhnlich intelligentes Kind, welche bis dahin absolut gesund gewesen, war plötzlich am Morgen des 24. Juni sprachlos, nachdem sie am Abend vorher munter zu Bett gegangen war und gut geschlafen hatte. Sie wollte offenbar sprechen, brachte aber keine wirklichen Wörter, sondern nur unarticulirte Laute hervor, z. B. pa — pa — pa, tu — tu, tshi — tshi etc. Sie schien darüber selbst erschreckt und ängstlich, weinte zuletzt — alle Anstrengungen, die Vorstellungen der Mutter etc. halfen Nichts, Patientin producirt immer wieder nur die angeführten Laute. Die Mutter wartete erst 8 Tage ab, ehe sie das Kind in poliklinische Behandlung brachte; die Sprachstörung hatte sich während dieser Zeit nicht geändert.

Das sonst lebhaft und muntere Kind war unter dem Einfluss dieses Gebrechens unlustig und verdriesslich geworden, zog sich scheu von den andern Kindern zurück, von denen es ausgelacht wurde, vermied das Sprechen sichtlich und suchte sich fast ausschliesslich durch Geberden zu verständigen.

Die Kleine war, als ich sie die ersten Male sah, blöde, und ich konnte sie kaum zum Sprechen bringen; ich musste mich also darauf beschränken, dies mit Hilfe der Mutter zu thun.

Pat. hörte und verstand Alles, was man zu ihr sprach, wie Anforderungen gewisse Gegenstände zu holen etc. ergaben. Bei den Sprechversuchen kamen theils die oben erwähnten, theils andere aber ebenfalls un-

*) Aus dem Aufsatz: „Cysticerken und ihre Diagnose“. Ges. Abhandl. I.

articulierte Laute heraus — von sprachüblichen Wörtern resp. Silben war nicht die Rede. Auch Vorgesprochenes vermochte sie nicht nachzusagen. Jedoch schien aus diesen (ziemlich umständlichen) Prüfungen hervorzugehen, dass es nicht bestimmte Laute waren, die Pat. mehr als andere auszusprechen vermied. — Die Bewegungen der Lippen und der Zunge waren vollkommen frei; Patientin verschluckte sich niemals, war nicht heiser. — Die Muskulatur des Phonations- und Articulations-Apparates war also intact.

Im Uebrigen war an dem gut entwickelten Kinde keine Spur einer Abnormität zu entdecken, namentlich keine Andeutung von hemiplegischen Symptomen. Die Augenspiegeluntersuchung habe ich allerdings nicht vorgenommen, doch konnte man sich auch davon schwerlich Etwas versprechen.

Es handelte sich also im mitgetheilten Falle um das exquisite Bild einer atactischen Aphasie (motorische Aphasie Wernicke)*), deren Zustandekommen ich mir damals ebenso wenig wie jetzt erklären konnte. — War doch die Anamnese, wie oben erwähnt, völlig negativ, und die genauere Nachfrage nach nervöser Prädisposition ergab nur, dass ein älterer (neunjähriger) Bruder P. ein Stotterer ist.

Der Krankheitsverlauf, wengleich an und für sich höchst merkwürdig, hat in dieser Richtung ebenfalls keine Aufklärung gegeben. — Patientin wurde indifferent behandelt (erhielt tropfenweise Tinct. Rhei) und zeigte in kurzer Zeit, schon nach acht Tagen, erhebliche Besserung. Sie sprach zwar spontan meist noch in den oben geschilderten und ähnlichen Lauten, brachte indessen zuweilen vorgesprochene Wörter richtig heraus; später kamen die Wörter, auch wenn sie ihr nicht vorgesagt wurden, bisweilen richtig zu Stande, bisweilen wenigstens einzelne Silben davon; — das ganze Wesen der Pat. war damit zugleich heiterer geworden; sie fühlte sich augenscheinlich nicht mehr so genirt.

In diesem Zustande gelangte sie (etwa am 15. Juli) zur poliklinischen Besprechung. Herr Prof. Weber nahm Veranlassung, dabei mehrerer Fälle von sogen. Reflex-Aphasie oder Aphthongie Fleury**) zu erwähnen, die durch Darreichung eines Brech-

*) Wernicke. Der aphasische Symptomencomplex. Breslau, 1874.

**) Vergl. Panthel, Deutsche Klinik 1855. Die Mittheilungen von Fleury und Vallin sind mir im Original nicht zugänglich; s. darüber Kussmaul, Sprachstörungen p. 239. — Auch der Fall von Bussard (Virchow-Hirsch, Jahresb. f. 1876, Kapitel „Aphasie“) scheint in diese Kategorie zu gehören.

mittels geheilt waren, und schlug vor auch unserer kleinen Pat. ein solches verabfolgen zu lassen.

(Es handelte sich um plötzlich eingetretene (spastische) „Sprachlosigkeit“ (Krampf im Hypoglossus-Gebiet), theils in Folge von Gemüthsregungen, theils ohne nachweisbare Ursache. Da die Fälle, deren übrigens nicht weniger als 7 sind, von anderer Seite publicirt werden sollen, kann Ausführlicheres darüber hier unterbleiben.)

Der Erfolg war ein eclatanter: die Kleine sprach, nachdem sie sich von den momentanen Strapazen der Kur erholt hatte, ganz fliessend wie früher und hat seither nie wieder die leiseste Sprachstörung gezeigt.

Die mitgetheilte Beobachtung kann selbstverständlich Nichts weiter prätendiren, als eine casuistische zu sein und sucht ihre Berechtigung einmal in ihrer symptomatologischen Reinheit und Klarheit, ferner in dem therapeutischen Interesse. Leider müssen wir gestehen, dass die Antwort auf die Frage nach Sitz und Natur des zu Grunde liegenden Processes einfach „Non liquet“ ist. — Ein specielleres Eingehen auf allgemeine Fragen scheint mir hier nicht angebracht, da dieselben so oft und weitläufig besprochen sind, vor Allem in den schon citirten Schriften von Wernicke und Kussmaul. (Siehe auch Spamer, in diesem Archiv Band VI.)

Von der sehr reichhaltigen Literatur, die namentlich bei Kussmaul in umfassendster Weise verwerthet ist, möchte ich als besonders hierher gehörig nur noch eine Arbeit von Clarus*) (über Aphasie im Kindesalter) erwähnen, in welcher allerdings wohl nicht alle Fälle als wahre Aphasie aufzufassen sind.

Von dem letztgenannten Autor werden die Einzelbeobachtungen nach ihrer Aetiologie (Erkrankungen des Nervensystems, acute und chronische Infectionskrankheiten etc.) zusammengestellt. Für die unsrige eine solche zu finden dürfte, wie schon bemerkt, sehr schwer sein. Wir werden kaum umhin können, zur Annahme einer „Reflex-Aphasie“ unsere Zuflucht zu nehmen, da wir eine anatomisch definirbare Erkrankung nicht statuiren können, und da die vielfach genannten „Anomalien der Blutvertheilung“ etc. rein hypothetische Momente sind. — Ob dieser „Reflex“ vom Vagus aus stattfand, wofür vielleicht der

*) Jahrb. f. Kinderheilk. VII.

Erfolg des Brechmittels spricht, oder woher sonst und welcher Art er etwa ist — dafür fehlt uns jeder Anhalt; und am Ende ist auch die Bezeichnung Reflex-Aphasie mehr eine Umschreibung als Erklärung, wenn auch ihr Vorkommen (z. B. bei Helminthiasis) sicher gestellt zu sein scheint. Und jedenfalls verdienen derartige Krankheitsbilder weit mehr den Namen Reflex-Aphasie als die bei Kussmaul citirten Beobachtungen Fleury's etc. und die oben von uns berichteten, welche wohl besser durch den Namen „Aphthongie“ characterisirt werden.

Halle a. S. im September 1877.
