

XLII.

Berliner

Medizinisch-Psychologische Gesellschaft.



Sitzung vom 13. Januar 1877.

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

Anwesend als Guest:

Herr Dr. Junker von Langegg.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird vorgelesen und genehmigt.

Die Wahl der Vorsitzenden, des Schriftführers und der Aufnahme-Commission wird durch Wiederwahl der bisherigen Mitglieder erledigt.

Auf Antrag des Vorsitzenden beschliesst die Gesellschaft, Herrn Dr. Fürstner, welcher bei seiner Uebersiedelung nach Stephansfeld aus der Gesellschaft ausgeschieden ist, zum auswärtigen Mitgliede zu wählen.

Hierauf theilt Herr Liman ein Gutachten mit über den Geisteszustand einer des Diebstahls Beschuldigten. In ausführlicher Motivirung, besonders auch durch Vorlesung eines von ihr selbst verfassten Lebenslaufes, schildert der Vortragende die hysterische Geistesstörung und geistige Schwäche der Inculpatin. Das Gutachten wird veröffentlicht werden.

Zu dem Vortrage bemerkte

Herr Westphal: Erschliesse sich dem Urtheile an, würde aber vielleicht den Schwachsinn noch mehr betonen. Auch in der Charité, wo die Kranke sich gegenwärtig befindet, zeige sie dasselbe kindliche Verhalten wie früher.

Sitzung vom 5. Februar 1877.

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

Als Gäste anwesend:

Herr Dr. Putnam aus Boston.
Herr Dr. Junker von Langeegg.

Die Gesellschaft beschliesst, ihr Stiftungsfest am 24. Februar durch ein Mittagessen zu feiern.

Herr Curschmann demonstriert eine Kranke, über die, da sie keine Angehörigen hat und selbst persönlicher Aussagen nicht fähig ist, anamnestisch nichts weiter zu erfahren war, als dass sie, früher wahrscheinlich gesund, vor Beginn ihrer Krankheit einen schweren Fall auf den Kopf gethan. Sie war längere Zeit in der Charité und befindet sich jetzt seit $\frac{3}{4}$ Jahren im Städtischen Barackenlazareth.

Die Erscheinungen, welche sie hier bei der Aufnahme bot, haben sich bisher nur sehr wenig in einigen nachher speciell zu bezeichnenden Punkten geändert.

Die frappanteste Erscheinung an der Patientin ist eine scharf abgegrenzte vollständige Anästhesie der ganzen linken Körperhälfte. Die Motilität ist auf der linken Seite ebenfalls deutlich beeinträchtigt. Der Händedruck ist links bedeutend schwächer als rechts. Beim Gehen macht sich auch im linken Bein die Parese in der Weise geltend, dass sie dasselbe etwas nachschleift, unregelmässig streckt und aufsetzt.

Mit der Hemiparese in leicht erklärlichem Zusammenhang steht nach des Redners Auseinandersetzung eine weitere sehr eigenthümliche Erscheinung bei der Vorwärtsbewegung. Die Kranke kann nicht langsam gehen, sondern scheint beständig nach links und vorn übersteigen zu wollen. Sie beschreibt dadurch unvollkommene Bogen nach links. Das Ganze erinnert lebhaft an gewisse Zwangsbewegungen.

Im Gesicht zeigt sich eine ganz leichte Parese des Facialis. Auf dem linken Ohr ist das Gehörvermögen absolut erloschen, ohne dass die Untersuchung einen greifbaren Grund dafür zu finden vermöchte. Am linken Auge, welches durch eine fast vollständige Abducenslähmung beständig nach Innen gerollt ist, fehlt das Sehvermögen und selbst die einfache Lichtperception vollständig. Der Augenspiegel constatirt eine starke weisse Verfärbung der Papille und einen beträchtlichen Aderhautdefect bei hochgradiger Myopie. Alle diese Dinge erklären jedoch nicht, wie Redner ausführt, das vollständige

Fehlen des Gesichtssinns und namentlich der Lichtperception. Am rechten Auge findet sich übrigens gleichfalls eine, wenn auch mässigere weisse Verfärbung der Papille.

Der Geruchssinn ist in der linken Nasenhälften vollständig erloschen und die Geschmackswahrnehmung fehlt in der linken Zungenhälfte absolut. Die linke Zungehälfte, sowie die ganze linke Hälfte der Mundhöhle und der Rachengebilde sind gefühllos. Die Zunge ist beim Hervorstecken stark nach rechts gerichtet.

Bei weiterer Untersuchung des Kopfes, namentlich Beklopfen des Schädels, findet sich die rechte Seite des Hinterhaupts ausserordentlich empfindlich. Bei einem Anschlag, der an anderen Stellen und namentlich an den entsprechenden der linken Seite absolut nicht unangenehm empfunden wird, klagt die Kranke über den lebhaftesten Schmerz.

Was den geistigen Zustand der Kranken betrifft, so ist dieselbe als schwachsinnig zu bezeichnen. Ihre Sprache zeichnet sich dadurch aus, dass sie vielfach in den Worten die Silben verstellt oder in bestimmter, fast regelmässiger Weise die Silbe „vor“ in die Silben, vorzugsweise der Eigenschaftswörter und der Hauptwörter einschiebt.

Während des $\frac{3}{4}$ -jährigen Aufenthaltes der Kranken im Lazareth wurden bei derselben von Zeit zu Zeit in unregelmässigen Pausen Schwindelanfälle, verbunden mit Schmerzen im Hinterkopf, Brechneigung und wirklichem Erbrechen beobachtet. In der letzten Zeit sind diese Attacken häufiger und intensiver. Während die Kranke früher wegen derselben nur einen halben, höchstens einen ganzen Tag das Bett hüten musste, dauerte dies jetzt oft zwei Tage und länger. Sehr bemerkenswerth ist, dass bei der Patientin während der letzten 3 Monate Sensibilitätsstörungen auch an der Haut der rechten oberen und unteren Extremität nachweisbar sind. Sie selber klagt namentlich über Formicationen in der rechten Fingerspitze. Es scheint auch, obgleich sich dies nicht ganz précis controliren lässt, wie wenn man der rechten Seite leichte Beeinträchtigungen der Motilität sich geltend machen.

Vor Allem macht der Vortragende auf die grosse Schwierigkeit aufmerksam, die für die Auffassung des Falles darin liegt, dass die Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven auf derselben Seite mit den Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen des Rumpfes und der Extremitäten sich zeigen.

Die nahe liegende Annahme, es möge der ganze Krankheitszustand als ein hysterischer aufzufassen sein, glaubt er zurückweisen zu müssen. Der geistige Zustand der Kranken hat nicht im entferntesten Ähnlichkeit mit dem der Hysterie zukommenden. Von dem letzteren liesse sich ferner nicht die oben beschriebene Art der Locomotionsstörungen ableiten. Auch die Störungen von Seiten der Sinnesorgane passen insofern nicht in den Rahmen der Hysterie, als sich namentlich am linken Auge palpable Veränderungen finden, deren Art auf eine intracraniale Affection deutet, zum Theil wenigstens die Sehstörungen erklärt.

Der Vortragende neigt weit mehr dazu, an eine resp. multiple Heerderkrankung im Gehirn zu denken. Ueber die Natur derselben glaubt er sich

sehr reservirt aussprechen zu müssen. Es könnte sich um wenig gefährliche, nur langsam wachsende multiple Tumoren der Dura handeln, vielleicht traumatischen Ursprungs (früher erwähnter Fall auf den Kopf). Auch für multiple Sklerose liesse sich manches vorbringen.

Ueber den Sitz der Heerdaffection lassen sich gleichfalls nur Vermuthungen aufstellen. Ein einzelner Heerd reicht zur Erklärung nicht aus. Es müssten wenigstens zwei Heerde angenommen werden.

Redner geht auf einzelne Möglichkeiten des Sitzes näher ein und betont namentlich noch die Schwierigkeit, die für eine genaue Localisation in dem Umstand liegt, dass die Störungen von Seiten der Hirnnerven und der Nerven des Rumpfes und der Extremitäten sich auf derselben Seite äussern.

Zur Discussion erhält das Wort:

Herr Remak: Herr Remak, welcher vor 2 Jahren die Patientin durch viele Monate in der Nervenklinik der Charité beobachtete, ist nach vielfachen Versuchen, eine Heerddiagnose zu stellen, namentlich auch mit Rücksicht auf das psychische Verhalten, zu der Ueberzeugung gekommen, dass Hysterie vorliegt. Die linksseitige Abducenslähmung sei nur mit Vorsicht zu verwerthen, da es sich um eine alte Affection handelt bei einem hochgradig myopischen Auge mit ausgedehnten Choroidealveränderungen und Glaskörpertrübungen, das für ein binoculares Sehen niemals verwertbar gewesen wäre. Auch eine geringe Verfärbung des Sehnervan scheint bei so schweren anderweitigen Störungen des Augenhintergrundes diagnostisch nicht verwertbar. In der Diagnose Hysterie werde er durch den ihm neuen Befund der linksseitigen Hemianaesthesia noch bestärkt, da dieselbe nach Brierre und Charcot ein häufiges Symptom schwerer Hysterie ist. R. selbst beobachtete eine vollständige Hemianaesthesia sinistra in einem schon anderweitig beschriebenen Fall mit linksseitigem Ovarialtumor.

Herr Wernicke: Er glaube von der Annahme einer Hysterie absehen zu müssen. Dagegen spreche der Schwachsinn und die eigenthümliche Sprachstörung, welche letztere einen aphasischen Charakter habe. Wenn man auf die Hysterie der halbseitigen Anästhesie wegen zurückgreife, so sei ja nachgewiesen, dass dieses Symptom auch bei Heerderkrankungen an der hinteren inneren Kapsel vorkomme, und scheine in der That die Verbindung der totalen Anästhesie mit den Störungen der gleichseitigen Sinnesnerven dafür zu sprechen, dass man jene Stelle in's Auge fassen müsse. Die Krankheit ist eine langsam progressive, wie daraus zu ersehen, dass die Sprachstörung wie die Geistesstörung zugenommen hat. Diesem Verlaufe und den Erscheinungen entspreche am meisten die Annahme einer multiplen Sklerose; dadurch erkläre sich auch, dass noch ein Hirnnerv an einer anderen Stelle, am Pons, getroffen sei, und es würden also zwei erkrankte Stellen nach den Symptomen anzunehmen sein, was nicht das Vorhandensein noch anderer Heerde ohne Symptome ausschliesst.

Herr Curschmann: Er glaube mehr an eine Heerderkrankung denken zu müssen, ob gerade an Sklerose, dass möchte er dahin gestellt lassen. Er habe auch daran gedacht, aber es sei ihm nicht wahrscheinlicher geworden,

als irgend welcher andere Prozess, z. B. Tumoren an der Basis. Multiple würde man allerdings annehmen müssen, wie das ja vorkomme, solche, die wenig vascularisirt sind; die keine besonderen Erscheinungen machen und langsam oder fast gar nicht wachsen. Auf diese Idee sei er auch dadurch gekommen, dass, so oft man die Kranke auch frage, ihre Aussagen immer wieder auf das angegebene Trauma als Ursache der Krankheit hindeuten. Er wolle übrigens nicht gegen die Sklerose sich aussprechen, glaube aber nicht, dass man die Heerderkrankung darauf zurückführen könne.

Herr Westphal: Wenn es sich in einem solchen Falle um die Diagnose handle, so sollte man zunächst nicht von anatomisch-physiologischen Gesichtspunkten ausgehen, sondern sich erst fragen, ob ähnliche Krankheitsbilder bekannt sind. So müsse er sagen, dass fast alle Erscheinungen denen entsprechen, welche man erfahrungsgemäss bei hysterischen Anaesthesien findet, wie dies bekannt genug sei; er beobachte auch gegenwärtig in der Charité einen solchen Fall mit Anästhesie einer Körperhälfte mit gleichzeitiger Abstumpfung der Sinnesorgane derselben Seite. Man weiss, dass solche Krankheitsbilder vorkommen, ohne dass nach dem Tode ein Heerd gefunden wird. Nun handle es sich hier allerdings um eine Person, welche andere ausgesprochene hysterische Erscheinungen, besonders hysterische Anfälle, nicht zeigt. Dieser Einwurf sei aber nicht stichhaltig; denn man brauche hier das Wort hysterisch in einem allgemeineren Sinne für Zustände allgemeiner Neurosen überhaupt, im Gegensatz zu palpablen Erkrankungen des Centralnervensystems. Zudem sei die Ammnestie nicht bekannt. Wenn gesagt worden sei, dass Hysterische nicht schwachsinnig würden, so könne er das nicht zugeben. Die Sprachstörung habe zwar eine gewisse Ähnlichkeit mit der bei der Sklerose vorkommenden, unterscheide sich aber doch von dieser dadurch, dass sie mehr psychisch bedingt erscheine. Die Kranke spreche wie ein albernes Kind, so wie auch ihr ganzes Wesen diesen Eindruck mache, was auch der Hysterie entspreche. Mit den Charcot'schen Fällen von Hemianästhesie bei Heerderkrankung habe der Fall keine Ähnlichkeit. Der Gang der Kranken sei eben so albern wie ihre Sprache; sie mache allerlei Bewegungen mit den Beinen, auf beiden Seiten, sei aber nicht hemiplegisch. Endlich wolle er noch hervorheben, dass die Zunge beim Vorstrecken so auffallend deviire, wie dies bei gewöhnlichen Hemiplegien kaum je, wohl aber bei Hysterischen vorkomme. So entstehe eine Krankheitsbild, welches der Erfahrung entspreche, und wobei gewisse psychische Zustände mit eine Rolle spielen.

Herr Curschmann: Der Hysterie scheine doch der Befund an der Papille nicht zu entsprechen; auch die Gehstörung lasse mehr und etwas Charakteristischeres erkennen, als die bloße Unachtsamkeit einer Hysterischen oder Geisteschwachen. Besonders gelte dies von der eigenthümlichen Tendenz der Patientin, nach vorwärts sich zu bewegen. Er erkläre dies dadurch, dass sie im linken Fusse eine mangelnde Stütze habe und deshalb rasch den rechten vorsetzt. Gerade das Vorwärtslauen scheine zu bestätigen, dass es sich um instinktives Ausgleichen handle. — Der psychische Zustand lasse

sich ebenso gut durch eine primäre Heerderkrankung erklären, da ja bekanntlich Hirntumoren oft psychische Alteration und gerade Schwachsinn zur Folge haben.

Hiermit wurde die Discussion abgebrochen.

Herr Remak hält den angekündigten Vortrag zu den Sensibilitätsstörungen der Tabes dorsalis. In einer einleitenden Uebersicht derjenigen pathologischen Thatsachen, welche eine Localisation der spinalen Leitungsbahnen der verschiedenen Empfindungsqualitäten beim Menschen in ähnlicher Weise gestatteten, wie dies experimentell an Thieren gelungen ist, verweist er darauf, dass verschiedene pathologisch-anatomische Substrate für differente partielle Empfindungslähmungen noch nicht vorlägen, dass aber klinisch gesonderte Bahnen der einzelnen Empfindungsqualitäten dadurch erwiesen wären, dass verschiedene Empfindungsqualitäten zeitlich von einander gesondert das Sensorium erreichen können. Seine vor 3 Jahren veröffentlichte Beobachtung von zeitlicher Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Tabes dorsalis, von Leyden, Erb und Hertzberg bestätigt, hat ihn zu der von Schiff zuerst bei Thieren nachgewiesenen Annahme geführt, dass Verlangsamung der Schmerzempfindung ein nur der Einengung der grauen Substanz zukommendes Phänomen ist, während die Hinterstränge der Leitung der tactilen und thermischen Reize dienten, deren Degeneration wohl Ausfall und Herabsetzung dieser Empfindungen, nicht aber Verlangsamung derselben hervorrufen könnte. Diese Annahme ist nach Untersuchungen von Leyden und Goltz dahin zu berichtigen, dass die grösste Verlangsamung in der That schmerzhaften Reizen zukommt, thermische Reize aber ebenfalls eine wenn auch viel geringere Verlangsamung erleiden können. Da die Einstrahlungen der hinteren Wurzeln sich aber nirgends direct in verticale Hinterstrangfasern umsetzen, sondern erst mittelst der grauen Substanz mit diesen in Verbindung treten, so kann die geringe, auch für thermische Reize beobachtete Verlangsamung von dieser kurzen Passage grauer Substanz abgeleitet werden. Während die Leitung des Gemeingefüls auch nach den Untersuchungen von Burckhardt in die hinteren Theile der grauen Substanz mit Sicherheit verlegt werden muss, ist es noch nicht möglich, die einzelnen Empfindungsqualitäten (Tast-, Druck-, Temperatursinn) im einzelnen in ihren spinalen Bahnen zu localisiren, wenn das auch durch die klinische Beobachtung erforderlich erscheint. Ja es scheinen selbst Beobachtungen von Friedreich von Degeneration der Hinterstränge ohne Sensibilitätsstörungen der Annahme einer wesentlichen Mission derselben für die Sensibilität im Wege zu stehen, da nach Schiff ein Vicariiren der grauen Substanz für die Leitung der Tastempfindung nicht statt hat. Die Untersuchungsmethoden der Sensibilitätsstörungen der Tabes und ihre Semiotik sind ihrer physiologisch-pathologischen Erkenntniß vorausgeleit. In neuerer Zeit ist noch die Untersuchung der Bewegungsempfindung der Haut (eine modifizierte Raumsinnprüfung) durch Leubbe hinzugekommen.

Herr R. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine noch nirgends beschriebene, von ihm zuerst in einem Falle von Tabes, dessen Geschichte er giebt, beob-

achtete Sensibilitätsanomalie, welche in dem zeitlichen Ablauf der Empfindung bei unverändertem Reize beobachtet wird. Bei der Feststellung des Empfindungsminimums nach der Methode von Leyden mit dem faradischen Cirkel oder auch mit dem faradischen Pinsel, zeigt sich, dass die bei einem gewissen Rollenabstand der Inductionsspirale eintretende minimale elektrische Empfindung nach einer gewissen Verstärkung allmälig wieder verschwindet, bei unveränderter Reizung einige Zeit ausbleibt, alsdann im abgeschwächten Masse wiederkehrt, wieder ausbleibt, vielleicht noch einmal wiederkehrt, endlich ganz verschwindet. Um die Sensation wieder hervorzubringen, muss die Inductionsrolle weiter hineingeschoben werden. Dann wiederholt sich dasselbe Spiel, dass bei gleichbleibendem Reize die Empfindung periodisch zu Stande kommt, so zwar, dass die Empfindungsgrösse und Empfindungsdauer immer geringer wird, die Pausen immer grösser werden. Endlich wird eine Grenze des Rollenabstandes erreicht, bei welcher die Schmerzempfindung eintritt.

Er weist nach, dass diese eigenthümliche Empfindungsstörung auf physikalischen Eigenthümlichkeiten des Apparates nicht beruht, mit den physiologischen Erfahrungen im Widerspruch steht, insofern als sonst im Gegentheil durch fort dauernde faradische Reize eine Potenzirung der Wirkung zu Stande kommt. Auch komme diese Erschöpfungswirkung dem faradischen Reize als solchem nicht zu, da dieser vielmehr als Antianästheticum bekannt ist. Auch weist er darauf hin, dass, wo sonst Erschöpfungswirkungen angenommen wurden, es sich um starke Reize handelt. Eine gewisse Analogie bieten aber Beobachtungen von Urbantchitsch am Gehörrapparat.

Die weitere Untersuchung zeigte nun auch, dass diese Erschöpfungs-reaction der Empfindung nicht dem faradischen Reize allein zukommt, sondern ebenso der Druck- und Temperaturempfindung. Ganz abgesehen davon, wie die Unterscheidungsfähigkeit verschiedener Druck- und Wärmegrade ist, kann bei gleichbleibendem Reiz ein völliges Verschwinden der Empfindung trotz darauf gelenkter Aufmerksamkeit eintreten, was durch Beispiele erläutert wird. Nur die Periodicität der Empfindung kam hier nicht zur Beobachtung. Diese Sensibilitätsanomalie ist nur eine scheinbare Abweichung des psycho-physicalen Grundgesetzes der Empfindung, da sie offenbar nicht den Reiz empfindenden Elementen, sondern reizleitenden Systemen, wahrscheinlich des Rückenmarks, zukommt, deren Localisation noch nicht möglich ist.

Zur diagnostischen Verwerthung ist diese Sensibilitätsstörung geeignet, da sie auch vorkommt in Fällen von Tabes mit sehr geringen quantitativen Sensibilitätsstörungen. Sie ist aber nicht constant und deshalb ihr eine semiotische Bedeutung nur mit Vorsicht zu vindiciren. Es wäre aber möglich, dass die durch die betreffende Sensibilitätsanomalie der Fusssohlen bedingte Ungleichmässigkeit der Empfindung in Betracht kommt für das Romberg-sche Symptom des Schwankens mit geschlossenen Augen in solchen Fällen, wo andere Störungen der Sensibilität nicht nachweisbar sind, worauf gewisse Angaben der Kranken deuten.

Soweit Herr R. Gelegenheit hatte in Fällen von peripherer und cerebraler Anästhesie auf die fragliche Empfindungsstörung zu prüfen, hat er sie

nicht gefunden. Doch bleibe das weiterer Prüfung vorbehalten. (Der Vortrag wird im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in extenso erscheinen *).

Herr Leyden fragt, ob vielleicht die Aufmerksamkeit Einfluss auf die Wahrnehmung der Reize habe, weil er beobachtet hat, dass die Tabischen, wenn sie aufmerksam sind, leichter wahrnehmen, bei Erschöpfung dagegen auch die Empfindung schlechter wird.

Herr Remak versichert, dass bei den zahlreichen Versuchen, welche er angestellt habe, nicht daran zu denken war, dass die beschriebene Erscheinung lediglich von einem Wechsel der Aufmerksamkeit abhinge, zumal letztere bei dem Patienten, welcher eine therapeutische Absicht vermutete, eine sehr gespannte war, die Resultate auch unter sich übereinstimmten. Er erinnert, dass ein Verschwinden des Druckgefühls bei Tabeskranken auch an den Händen beobachtet wird. Sie vergessen, dass sie etwas in der Hand haben.

Herr Jastrowitz fragt, ob die einzelnen Versuchsreihen unter sich congruent waren, denn das würde das einzige Criterium dafür sein, dass das Bewusstsein ausgeschlossen war.

Herr Remak: Die einzelnen Zahlenwerthe stimmen nicht in verschiedenen Versuchstagen, was auf Ungleichmässigkeit der Wirkung des Apparats und der Leitungsverhältnisse der Haut beruht. Dasselbe beobachtet man am motorischen Nerven.

Herr Mor. Meyer richtet an den Vortragenden die Frage, ob er diese Erscheinung nur bei Tabes und nie bei anderen Krankheiten beobachtet habe.

Herr Remak wiederholt, dass er analoge Beobachtungen bei anderweitigen Anaesthesien nicht gemacht habe.

Sitzung vom 5. März 1877.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Vor der Tagesordnung theilt der Vorsitzende ein Schreiben des Herrn Fürstner mit, in welchem derselbe der Gesellschaft für seine Wahl zum auswärtigen Mitgliede Dank sagt. Sodann spricht

Herr Westphal: Ueber Zwangsvorstellungen.

M. H.! Es giebt eine Form psychischer Störung, welche trotz ihrer ungemeinen Häufigkeit in den Irrenanstalten gar nicht oder nur selten gesehen wird und vielleicht gerade deshalb besonders verdient, die Aufmerksamkeit der practischen Aerzte auf sich zu ziehen. Beobachtet sind Kranke, wie diejenigen, über welche ich Ihnen meine Ansicht mitzutheilen wünsche, wohl auch früher, von Irrenärzten namentlich, die Gelegenheit hatten, in grösseren Städten

*) S. Bd. VII, Heft III.

Privatkranke in grösserer Zahl zu sehen — ich glaube sie schon in einzelnen Fällen Esquirol's wiederzuerkennen — indess wurden sie gewöhnlich mit anderen in eine Linie gestellt, deren Leiden sich bei näherer Betrachtung als grundverschieden kerausstellt.*)

Die fundamentale Erscheinung, um die es sich bei den in Rede stehenden Patienten handelt, ist das Auftreten von Zwangsvorstellungen. Unter Zwangsvorstellungen verstehe ich solche, welche, bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartige anerkennt, und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht. Der Inhalt dieser Vorstellungen kann ein sehr mannigfaltiger sein, oft, ja meist, ist er absurd, steht in keinem nachweisbaren Zusammenhänge mit dem früheren Vorstellungsinhalte, sondern erscheint dem Erkrankten selbst unbegreiflich und wie aus der Luft ihm angeflogen. Einige Beispiele aus meiner Beobachtung mögen Ihnen das Gesagte erläutern: Ein Herr vermag die Vorstellung nicht los zu werden, er könne etwas auf Papier schreiben, dessen Inhalt geeignet sei, ihn selbst anzuschuldigen. Liest er in der Zeitung einen Bericht über ein begangenes Verbrechen, so kommt ihm der Gedanke, er könne auf irgend ein Papier schreiben: ich habe N. getötet, könne dann dies Papier verlieren, oder dasselbe könne bei ihm gefunden werden. Ein anderer hatte die ganz analoge Vorstellung, er könne auf dieses oder jenes Stückchen Papier eine eidesstattliche Versicherung über irgend eine Thatsache schreiben. Einem sehr zuverlässigen Cassirer kommt der Gedanke, er könne sich beim Abzählen der Packete von Papiergele verzählt haben; viele Jahre hindurch wird er tagtäglich davon gepeinigt, trotzdem er sich nie verzählt hat. Einen anderen Herrn befällt der Gedanke, er könnte mit einem auf dem Tische liegenden Messer einen anderen tödten. Einer meiner Kranken wurde von der Vorstellung gequält, im Gespräch einen starren Blick zu bekommen und nicht zu wissen, wohin er den Blick richten solle, ein anderer zu erröthen und dadurch aufzufallen u. s. w. Sehr unsonderlich und zu eigenthümlichen Consequenzen führend war die bei der Lectüre eines Buches plötzlich bei einem jungen Manne entstandene Vorstellung, die er als krankhaft erkannte, dass das weibliche Geschlecht durch Liebestränke, Mittel der Sympathie u. s. w. den Männern ihres Umgangs etwas anthun könnte, so dass dieselben nicht von der betreffenden Person lassen könnten, alles thun müssten, was jene wollten, sie heirathen müssten. Zuweilen ist der Inhalt der Zwangsvorstellung ein durchaus gleichgültiger; so drängte sich einem Herrn

*) Die betreffende Krankheitsform ist kürzlich von Legrand du Saulle (Paris 1876) unter dem (auch schon von Falret gebrauchten) Namen Folie du doute beschrieben, welchem er in Parenthese hinzusetzt: avec delire du toucher. Auf die Abweichungen in der Anschauungsweise konnte in dem Vortrage nicht näher eingegangen werden.

bis zur Qual fortdauernd Gedanke auf, die Bilder im Zimmer hingen schief; nicht selten ist der Inhalt ein obsöner, wie bei einem Herrn, den eine Zeit lang die Vorstellung nicht verliess, er könne seine verstorbene Grossmutter im Sarge gemissbraucht haben.

Alle diese Kranke, m. H., sind meist intelligente, nicht selten hochgebildete Menschen, denen Niemand aus ihrer Umgebung ein psychisches Leiden anmerkt, die ihrem Berufe nachgehen und die sich während langer Zeit Niemandem entdecken, aus Furcht, für verrückt gehalten zu werden, bis sie endlich einmal einem Arzte ihres besonderen Vertrauens ihr Herz ausschütten. Sie sind sich des unsinnigen und albernen dieser Vorstellungen vollkommen bewusst, glauben nicht an den Inhalt derselben; aber diese kommen und kommen täglich, ständig, begleiten alles Denken und lassen sich trotz aller Willensanstrengung nicht zurückweisen: kaum ist es dem Patienten gelungen, sich einem vernünftigen Gadankengange hinzugeben, gleich springt wieder höhnisch, wie ein Gespenst, die kranke Vorstellung auf, und es giebt keine Rettung vor diesem psychischen Zwange. In manchen Fällen ist es ein und dieselbe Vorstellung, welche Jahre lang herrscht, in anderen macht eine Vorstellung nach längerer oder kürzerer Zeit einer anderen Platz, in noch anderen ist es von vorn herein eine Summe stetig wechselnder Vorstellungen.*). Das Wesen der Sache selbst bleibt dabei dasselbe. Von Wichtigkeit dagegen ist, dass diese Vorstellungen niemals, so weit meine Erfahrung reicht, zu echten Wahnsinnsidéen werden, wie wir sie bei den (im psychiatrischen Sinne) „Verrückten“ finden, dass sie immer dem Kranken als etwas dem übrigen Bewusstseinsinhalten fremdartiges erscheinen und sich letzterem nicht assimiliren, wie in der „Verrücktheit“.

Ich habe bereits erwähnt, dass die Zwangsvorstellungen nicht durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand bedingt sind. In der That befindet sich der betreffende beim ersten Aufsteigen der Zwangsvorstellung sehr häufig in einer vollständig ruhigen und indifferenten Gemüthslage, von keiner Stimmung und keinem Affecte beherrscht — und auf diese Thatsache lege ich besonderen Werth in Betreff der Auffassung dieser Krankheitsform und ihrer Stellung anderen gegenüber. Allerdings klagen die Kranken im Verlaufe des Leidens häufig auch über ein Gefühl von Aengstlichkeit, ja bei einer gewissen Höhe des Leidens kommt es zu heftigen Angstgefühlen, allein bei genauerer Analyse der psychischen Vorgänge, die nicht immer ganz leicht, da die Kranken nicht immer verstehen, was man von ihnen zu wissen wünscht, habe ich noch stets gefunden, dass diese Angstgefühle secundäre waren, hervorgebracht durch den krankhaften Zwang im Denken. Wie Sie wissen, kommt

*) Die von Griesinger als „Grübelsucht“ bezeichneten Zustände, in denen solche Vorstellungen immer in der Form von Fragen mit unsinnigem Inhalte auftreten, betrachte ich als eine Varietät der ganzen Gruppe der Zwangsvorstellungen. Vergl. Griesinger, über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand, dieses Archiv I. S. 626; Berger, ibid. VI. S. 217.

bei gewissen Formen einfacher Melancholie und Hypochondrie oder auch unter anderen Umständen, z. B. in Beziehung zu epileptischen Anfällen, ein Angstgefühl vor, das als spontanes bezeichnet werden kann, insofern es den Kranken ergreift, ohne durch entsprechende Angstvorstellungen bedingt und oft, ohne von solchen begleitet zu sein.¹ Um ein solches ganz gegenstandsloses, selbstständiges, spontanes und primäres Angstgefühl handelt es sich bei den Kranken mit Zwangsvorstellungen nicht, vielmehr röhrt bei ihnen das Angstgefühl, da, wo es vorkommt, von der Störung im Denken, im Vorstellen her. Und zwar scheint es in verschiedener Art hiervon abzuleiten zu sein: einmal wird der Kranke beunruhigt, gequält und beängstigt durch das eigenthümliche und sonderbare der Erscheinung, dass er trotz allen Ankämpfens dauernd gewisse Dinge denken muss, dass er einem überwältigenden, ihm ganz fremdartigen psychischen Zwange unterliegt, der den Fluss seines Denkens erheblich beeinträchtigt; dann aber ist es auch in manchen Fällen der Inhalt der aufgetauchten Zwangsvorstellungen selbst, welcher ein Gefühl der Beunruhigung und Beänstigung hervorzurufen im Stande ist, so z. B. wenn die Vorstellungen besonders widerwärtiger oder obcöner Natur sind; dass derartige Vorstellungen, die ihm sonst niemals auch nur vorübergehend in den Sinn gekommen sind, nun mit solcher Macht ihn beherrschen, vermag in dem Kranken ein Gefühl des Entsetzens und der Angst hervorzurufen. Endlich kommt es auch, wie wir sehen werden, vor, dass sich die Vorstellung auf eine auszuführende Handlung richtet, und es tritt Ängstlichkeit oder starkes Angstgefühl ein, wenn derselben nicht stattgegeben werden kann. In allen den genannten Fällen aber sind diese Gefühls- oder affectartigen Zustände nicht primäre, sondern secundäre. Vielleicht giebt es einzelne Kranke — und man soll die aus einer Reihe von Beobachtungen abstrahiren Thatsachen, namentlich in der Pathologie, nie zu absolut aufstellen — bei denen auch wirkliche spontane Angstzustände vorkommen; aber selbst dann würden sie niemals zu den wesentlichen Erscheinungen gerechnet und als Grundlage des Krankheitszustandes, sondern nur als Nebenerscheinungen betrachtet werden können. Der Krankheitszustand selbst hat eben keine, wie man sich ausdrücken kann, emotive Grundlage.

Ich habe bereits erwähnt, dass die Zwangsvorstellungen nie zu eigentlichen Wahnvorstellungen werden und sich nicht, wie bei anderen Geisteskranken, dem früheren Vorstellungsinhalte assimiliren und ihm gleichwerthig werden. Dennoch begehen die Kranken oft Handlungen, welche dieser Behauptung anscheinend widersprechen, alberne, verkehrte Handlungen im Sinne ihrer Zwangsvorstellungen. Die beiden Patienten, von denen der eine von dem Gedanken gepeinigt wurde, er könne sich schriftlich eines Verbrechens beschuldigen, und der andere den Gedanken nicht los zu werden vermochte, er könne eine eidesstattliche Versicherung auf ein Stück Papier schreiben, bewahren sorgfältig alles Papier, dass ihnen in die Hände kommt, sie heben die Papierschnitzel auf den Strassen auf, besehen sie genau, ob sie auch nichts darauf geschrieben, nehmen sie mit nach Hause und häufen sie dort an; der Papierkorb darf niemals ohne sorgfältigste vorherige Revision ausgeschüttet werden,

und nur mit grossem Widerstreben wird die Entleerung gestattet, lieber noch der Inhalt verbrannt. Derartige Acte grenzen in ihrer Albernheit oft an das Unglaubliche und müssen durch den Contrast, den sie mit der sonstigen, oft hohen Intelligenz und Leistungsfähigkeit der Betreffenden bilden, das Staunen des Laien erregen. Einer meiner Kranken konnte nicht an einer in gewöhnlicher Weise an die Thür gehefteten Visitenkarte vorübergehen, ohne den betreffenden Gedanken zu bekommen und sich wiederholt zu überzeugen, dass er wirklich nichts darauf geschrieben; war er genöthigt, eine Eisenbahnfahrt zu unternehmen, was nur in Gesellschaft seiner Frau geschah, so hielt er gemeinschaftlich mit der Frau, auf Grund der erwähnten Vorstellung das Billet so lange fest, und zwar in einer Weise, dass die Umgebung es nicht merkte, bis der Schaffner es coupirt hatte. Der oben erwähnte Cassirer zählte hundert Mal ein Packet Banknoten, bis er den beunruhigenden Gedanken überwand, er habe sich verzählt. Die Vorstellung, mit einem Messer Jemand tödten zu können, führte den betreffenden dazu, alle Messer von seinem Esstische zu verbannen u. s. w. Der durch die Vorstellung von der Einwirkung des weiblichen Geschlechts auf Männer verfolgte Patient musste bestimmten weiblichen Personen, auf welche sich die Vorstellung grade richtete, nachlaufen und verlobte sich sogar zum Theil auf Grund dieser, ihm als einer krankhaften bewussten Vorstellung! Erst bei seiner Genesung machte er der Braut und den Schwiegereltern von seinem früheren krankhaften Zustande Mittheilung und bat um Auflösung der Verlobung, die denn auch gewährt wurde. Das Benehmen dieser Kranken wird ferner nicht nur durch positive Handlungen, sondern oft dadurch eigenthümlich und sonderbar, dass sie bei an und für sich ganz gleichgültigen Handlungen durch das Dazwischenreten von Zwangsvorstellungen gehemmt werden, z. B. diesen oder jenen Gegenstand nicht zu berühren vermögen aus irgend einer albernen dazwischen tretenden Vorstellung, deren sie sich als solcher wohl bewusst sind. In beiden Fällen erreicht eben die Zwangsvorstellung eine solche Intensität, dass für den Augenblick alle anderen Vorstellungen gesunden Inhalts zurückgedrängt werden, und ein dem Inhalte der Zwangsvorstellung entsprechender Willensimpuls erfolgt, resp. ein normaler Willensimpuls durch die Zwangsvorstellung gehemmt wird, und eine gleichgültige Handlung nicht zur Ausführung gelangt. Wenn aber auch die Handlungen dieser Kranken dadurch oft wie die „Verrückter“ scheinen, so handelt es sich doch keineswegs bei ihnen um eine als „Verrücktheit“ zu bezeichnende Geistesstörung, da sie nicht aus „Wannideen“ heraus handeln, sondern sehr wohl wissen, dass und wie verkehrt sie handeln, ja sich selbst zuweilen darüber ironisiren. So machen sie denn auch ihre Verkehrtheiten so heimlich wie möglich vor anderen ab, was ihnen merkwürdig gut zu gelingen pflegt, und schämen sich vor Entdeckung.

In nicht seltenen Fällen vermögen die Kranken so viel über sich, dass die Zwangsvorstellungen überhaupt keinen wesentlichen Einfluss auf ihr Handeln ausüben. Diesen Fällen kann man solche gegenüberstellen, in denen den Zwangsvorstellungen von vorn herein und mehr unmittelbar eine ausgesprochene Richtung auf die motorische Sphäre zukommt, sei es, dass sie sich

sofort mit einem Impulse zum Handeln oder mit der Hemmung eines Impulses zum Handeln verknüpfen. Hierdurch bekommen diese Fälle einen eigenthümlichen, von denen, in welchen diese Tendenz auf die motorische Sphäre gar nicht ausgeprägt ist, etwas abweichenden Charakter. Sie bilden gleichsam das letzte Glied in einer Kette, deren erstes Glied dargestellt wird durch, so zu sagen, bloss theoretische Zwangsvorstellungen, welche keine Handlungen im Gefolge haben, und deren zweites die Kranken bilden, welche auf Grund der Zwangsvorstellungen zu gewissen Handlungen genötigt werden. Die Fälle der letzten, dritten Categorie, in denen eine noch unmittelbarere Verknüpfung zwischen Vorstellung und Willensimpuls besteht, scheinen relativ seltener. Ich habe zwei sehr ausgezeichnete beobachtet, die in Folge dieser Besonderheit auf den ersten Blick ziemlich verschieden von den gewöhnlichen sich ausnahmen, während doch die Grundstörung dieselbe war. Einige Hauptzüge aus diesen beiden Krankheitsbildern, welche das Gesagte erläutern sollen, will ich hier anführen, ohne die ausführlichen, auch sonst nicht uninteressanten Krankengeschichten mitzutheilen.*)

Der eine Fall betraf ein junges, $14\frac{3}{4}$ Jahr altes anmuthiges Mädchen aus guter, gebildeter Familie, welche mir mit dem Bemerkten zugeführt wurde, sie „können nicht zu Bette gehen, habe auch eine Art Veitstanz“. In der That wäre es bei einer oberflächlicheren Untersuchung vielleicht entschuldbar gewesen, wenn man zunächst Veitstanz oder wenigstens eine andere eigenthümliche Neurose, vielleicht hysterischer Art, diagnosticirt hätte. Als ich die Kranke hiess, vom Stuhl aufzustehen, um ihren Gang zu prüfen, blieb sie erst unbeweglich sitzen und sprang dann plötzlich mit einem Ruck auf, um sich gleich darauf wieder zu setzen; oder es wurde während des Versuches zum aufstehen bald das eine Bein plötzlich vorgestreckt und zurückgezogen, bald das andere. Die Aufforderung zum schreiben beantwortete sie mit der Erklärung der Unmöglichkeit dazu; nachdem ihr die Feder in die Hand gegeben, sass sie vor dem Papier, ohne auch nur den Versuch zum schreiben zu machen; plötzlich flog die Feder mit einem Ruck kreischend über das Papier, und so ging es bei jedem Versuche, ohne dass die Patientin mehr als einen oder den anderen grob verzerrten Buchstaben zu Stande brachte. Eine Auskunft von ihr zu erhalten über das, was eigentlich in ihr vorging, war schwer, da auch den Sprachbewegungen ein Hinderniss sich entgegenzusetzen schien, welches nur durch kurze ruckweise Explosion überwunden wurde, während sonst bei dem Versuch zu sprechen, nur eigenthümliche hüstelnde Laute herauskamen. Aus dem geschilderten Benehmen und einigen kurzen Ausserungen der kleinen Patientin ersah ich, dass es sich wesentlichen um einen psychischen Vorgang bei allen diesen zuerst scheinbar unmöglichen und dann wie krampfhaften Acten handelte, und rieth, da ich auch die Heilung hauptsächlich von indirekten psychischen Einwirkungen auf die jugendliche Patientin erwartete, die Aufnahme in eine hiesige Privatanstalt. Dort hatte ich Gelegenheit, die

*) Letztere hoffe ich später folgen lassen zu können.

Kranke öfter zu sehen, mich wiederholt ausführlich mit ihr über ihren Zustand zu unterhalten und von den über sie geführten ärztlichen Berichten Kenntniss zu nehmen: Abends nach ihrem Eintritte in die Anstalt, wünschte sie bald zu Bett zu gehen, „da das Auskleiden doch etwas lange wäre“. Beim Auskleiden selbst fasste sie das Halstuch, löste ein wenig die Schleife und blieb dann bewegunglos stehen; als man ihr behilflich sein wollte, drückte sie die Hände krampfhaft auf das Tuch und wies damit jede Hilfe ab: „Ich müsste es dann doch wieder umbinden, ich kann nicht anders“. Sie blieb nun minutenlang stehen und riss dann mit einem heftigen, ungestümen Ruck und erleichterndem Aufschrei das Tuch ab und schleuderte es weit von sich. Das leichte Hüsteln, welches sie stets hören liess, verstärkte sich dabei bedeutend, die Wangen rötheten sich mehr und mehr, und sie sah erregt aus; rechter Arm und rechte Hand machten danach heftige zuckende Bewegungen. Das Kleid öffnete sie mit ganz besonderer Umständlichkeit, fasste jeden Knopf, blieb vorgebeugt, wie horchend stehen, bewegte die Lippen und hielt mitunter den Atem an, sagte: „na, na“, als wollte sie sich selbst ermuthigen, und öffnete dann schnell und schreidend das Kleid, als wolle sie alle Knöpfe sprengen. Geschah dies nach ihrer Meinung nicht schnell genug, so schloss sie das Kleid wieder langsam und öffnete es auf die gleiche Weise. Das Hüsteln verstärkte sich mehr und mehr; Patientin fuhr oft mit der Hand über den Hals und klagte über Trockenheit, war sehr ermüdet und liess sich doch nur ungern helfen. In dieser Weise brauchte sie $1\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden. Bevors sie in's Bett stieg, fasste sie dasselbe mit den Händen, stand wie zum Sprunge bereit, hob den Fuss, setzte ihn schnell in's Bett, zog ihn ebenso schnell zurück und wiederholte das wenigstens zehnmal, bis sie mit einem schnellen Satze in's Bett sprang: „wie schön ist es im Bett“. Sie war sehr mit sich zufrieden über die Schnelligkeit, mit der sie sich ausgekleidet. Es würde der Mutter eine grosse Freude sein, sonst habe es immer bis 1 Uhr gedauert und einmal sogar bis 5 Uhr Morgens, einmal sei sie auch darüber eingeschlafen.

Ausführlicher auf anderweitige sonderbare Handlungen der Kranken, sowie auf die Entwicklung des Leidens einzugehen, würde an dieser Stelle zu weit führen, und ich will hier nur in der Hauptsache den Schlüssel zu diesem sonderbaren Benehmen geben. In einem, für das kindliche Alter bemerkenswerten kleinen Aufsatze über ihren Zustand, den sie verfasste, als die Genesung fast als vollendet betrachtet werden konnte, erzählte sie u. a.: „Urplötzlich war nämlich die Idee in mir aufgestiegen, dass mir vielleicht dieses oder jenes Unglück oder irgend eine Krankheit, wovon ich eben hörte, auch passiren könne, namentlich dann, wenn ich bei meiner Beschäftigung davon sprechen hörte oder las, also Gedanken an etwas schlimmes gewissermassen mit in die Arbeit einflocht. War ich zum Beispiel, während ich las, mit einem Strickzeuge beschäftigt, so musste ich bei unangenehmen Stellen, die von Krankheit u. s. w. erzählten mit arbeiten innehalten aus Furcht, dass mir das im Buche erwähnte Unglück auch zustossen könne. Später konnte ich mich weder aus- noch ankleiden, ebenso einen Gegenstand nicht aufnehmen oder hinsetzen, sobald ich an einen Krankheits- oder einen Unglücksfall auch nur dachte.“

Ich musste also mit meiner Beschäftigung so lange innehalten, bis der erwähnte Gedanke vorüber war. Später störten mich aber nicht nur Gedanken an einen bestimmten grösseren Unglücksfall, sondern selbst, sobald mir auch nur irgend eine Unannehmlichkeit einfiel, war ich nichts zu thun, ja nicht einmal zu lesen oder zu gehen, überhaupt fast gar nicht mich zu bewegen im Stande. Hattet ich versucht, den Gedanken unberücksichtigt zu lassen, hatte ich zum Beispiel, während mir etwas Unangenehmes einfiel, einen Stuhl fortgestellt, so überfiel mich eine ungeheure Angst, welche mich nicht eher ruhen liess, als bis ich den Stuhl noch einmal hingestellt oder zum mindesten noch einmal berührt hatte. Dieses zweite Hinstellen des Stuhles diente dazu, den unangenehmen Gedanken zu verwischen, der vorher in mir aufgestiegen war“. Sie erzählte dann weiter, wie sie später auch flüstern musste, um die unangenehmen Gedanken zu vertreiben, wodurch sie in eine ungeheure Spannung und Aufregung versetzt wurde. „Diese Spannung war dermassen, dass das Flüstern, welches die unangenehmen Gedanken vertreiben sollte, in dem Augenblick, in welchem ich in meiner Thätigkeit fortfuhr, z. B. ein Tuch losknöpfte, eben durch diese Spannung in einen kurzen unverständlichen Aufschrei sich verwandelte. Meine Bewegungen waren dabei äusserst schnell, hastig und ruckweise, damit während derselben nicht noch ein neuer unangenehmer Gedanke in mir aufsteigen sollte“.

Das zweite Beispiel für den oben erwähnten psychischen Vorgang entnehme ich der Geschichte eines Kranken R., welchen ich längere Zeit in der Charité behandelte, und der in äusserlich völlig ruhigem Zustande, ohne Wahnsieden, Hallucinationen u. s. w., seine Kleider zerzupfte und zerriss, die Sohlen von den Stiefeln abriß, später sich die Kopf- und Barthaare und sogar die Augenbrauen ausrupspte!

Aus einem, von dem Kranken selbst verfassten Berichte über seinen Zustand theile ich einige auf die in Rede stehenden „Zwangshandlungen“, wie man sie wohl bezeichnen kann, bezügliche Stellen mit. Nachdem er erzählt, wie er dazu gekommen sei, Bock's Buch vom gesunden und kranken Menschen“ zu lesen, fährt er fort: „nun schreibt Bock, dass die Geisteskrankheiten mitunter in Tobsucht, Zerstörungssucht u. s. w. ausarteten. Es fiel mir ein, dass ich in früher Jugend Verweise bekommen hatte für Zerknitterung oder Abreissen von Chemisettes oder Halskragen, wenn dieselben nicht zu meiner Befriedigung sassen oder gewaschen waren. Augenblicklich überfiel mich eine Unselbständigkeit, so dass ich schliesslich in Verbindung mit dem Gedanken mir den Kragen abreissen musste. Ich wollte irgend etwas erfinden, damit ich mir den Kragen nicht abrisse. Kurz, ich konnte nicht mehr einen Kragen am Halse dulden, selbst nicht in der Schublade liegen sehn. . . .

Plötzlich warfen sich meine Gedanken, als ich eine Stelle an den Beinkleidern berührte, die nicht ganz fest genäht war, auf diese Stelle; ich fühlte einen förmlichen Kitzel in den Händen, der mich zur Stelle zog. Es war im Garten. Schnell nahm ich meinen Stuhl, um zu den Meinigen in's Zimmer zu gelangen; die Scham sollte mich vor der That schützen. Doch kaum hatte

ich die Haustür geschlossen, als auch eine vollkommene Willensschwäche mich zu dem Zerreissen der Beinkleider zwang. Nach dieser That war ich sehr unglücklich und verzagt, musste weinen. . . .

Das Zerreissen nahm immer mehr überhand, ich suchte mich durch Wechseln der Kleidungsstücke zu schützen, aber an jedem Kleide fiel mir wieder etwas anderes auf, wohin mich die Gedanken dirigirten. Nun blieb ich im Bette liegen, zog selbst aus Furcht kein Hemd an. Dann habe ich sogar des Morgens früh nach dem Aufwachen, so wie mir der Gedanke in den Sinn kam, Unterhose und Jacke, auf dem Stuhl befindlich, zerrissen. Nach dem Zerreissen dann stets sehr erregt durch das Bewusstsein meiner That. . . .

Es lag mir z. B. die Hosenschnalle oder Westenschnalle den Tag über im Kopf, und ich hatte einen steten Zwang, sie abzureißen. Dann plötzlich fuhr die Hand nach hinten, ich riss sie ab, die Wuth trat dann ein, so dass ich die ganze Weste zerriss. Nun grübelte ich und suchte Vernunftgründe, um der Sucht zu steuern, jedoch traten in demselben Augenblicke andere Gedanken ein, die mich wiederum dazu zwangen. Zum Beispiel hatte ich Reue über früher gegen meine verstorbene Mutter geäusserte, nicht für einen Scherz passenden Worte, und sollte es gewissermassen eine Strafe sein, dass ich mir meine Kleider ruinierte.“

Der Kranke erzählte dann von seinem Aufenthalte in einigen Irrenanstalten, dass er um die Zwangsjacke bat, weil er den Drang bekam, sich die Sohlen von den Stiefeln abzureißen; in der Charité nahmen diese Zwangshandlungen eine Zeit lang einen noch sonderbareren Charakter an. Der Kranke begann, sich die Kopfhaare einzeln herauszureißen, dann Barthaare und Augenbrauen, so dass es zu kahlen Stellen am Kopfe und zu vollständigem Verluste der Augenbrauen kam, und schliesslich richteten sich die Vorstellungen und der Drang sogar auf die eigenen Zähne, er „musste“ so heftig und so häufig die Zahnreihen auf einander beißen, dass er eine grosse Anzahl Zähne verlor, und ich ihm schliesslich auf seinen Wunsch ein künstliches Gebiss machen zu lassen genötigt war.

Derartige Fälle, in denen von vorn herein in so hohem Grade die Zwangsvorstellung mit einem impulsiven Elemente*) sich verknüpft, sind, wie bereits erwähnt, seltener; sie haben aber ein grosses Interesse, insofern sie die ungeheure Macht dieses psychischen Zwanges in's Licht zu setzen ganz besonders geeignet sind.

Befragt man die Kranken über das erste Auftreten und die Entstehung des Leidens, so ergiebt sich für die meisten Fälle, dass der Beginn ein ganz plötzlicher war, mitten in einem sonst anscheinend gesunden Zustande stattfand. Die erste Zwangsvorstellung trat entweder ohne alle Anknüpfung an den unmittelbar vorangegangenen Gedankenpang auf, sprang plötzlich ge-

*) Der Kranke selbst stellt wohl auch seine „Unselbstständigkeit“, „Willensschwäche“ in den Vordergrund, anstatt des Impulses; er meint natürlich damit dasselbe, dass nämlich die hemmenden Vorstellungen zu schwach sind, gegen den die Zwangsvorstellungen begleitenden Impuls anzukämpfen.

wappnet aus dem Haupte hervor, oder irgend eine gleichgültige Handlung, eine, nicht selten überraschende, Sinneswahrnehmung an und für sich gleichgiltigen Inhaltes bot den Anknüpfungspunkt, oder endlich, der zwingende Gedanke erhab sich im Anschlusse an irgend eine flüchtige Gemüthsregung, einen Schreck, Aerger, Zorn u. s. w. Hieraus allein geht schon hervor, dass der letzteren kein wesentlicher Anteil an der Entstehung zukommen kann, dass sie keine wesentliche Bedingung für die Genesis der Zwangsvorstellungen ist, wenn auch der Inhalt der Zwangsvorstellungen zuweilen dadurch bedingt wird, dass diese selbst, mit einem Wort, nicht in gemütlichen Vorgängen wurzeln; letzteren vielmehr nur die Bedeutung veranlassender occasioneller Momente zukommt. Die zum Grunde liegende Störung ist eine Störung in dem Ablaufe des Vorstellens; wie die im Verlaufe der Krankheit zu beobachtenden abnormen Gefühlszustände aufzufassen, dass sie secundärer Natur sind, habe ich bereits im Eingange meines Vortrages ausgeführt.

Für die Stellung, welche dieser Gruppe von Kranken den übrigen psychisch Kranken gegenüber anzusehen ist, sowie für die Diagnose und Prognose hat ein scharfes Hervorheben dieser Thatsachen seinen Werth. Es sind nämlich diese Kranken, wie man sich leicht überzeugen kann, häufig theils zu den Melancholischen und Hypochondrischen, theils zu den „Verrückten“ gerechnet worden. Eine solche Verwechslung ist, glaube ich, nach dem gesagten nicht mehr möglich. Von den Melancholischen unterscheiden sie sich vor allem durch die bei letzteren zum Grunde liegenden und die wesentliche Erscheinung bildenden krankhaften Gefühls- und affectartigen Zustände sowie durch das Fehlen der charakteristischen melancholischen Vorstellungen; von den Hypochondrischen durch den Mangel des krankhaften (hypochondrischen) subjectiven Empfindungszustandes, der krankhaften Richtung der Vorstellungen auf körperliche Zustände, Verrichtungen, Sensationen, und der Abwesenheit der falschen, dadurch bedingten Urtheile resp. Wahnideen; von den Verrückten durch Abwesenheit der typischen Wahnideen, der Hallucinationen u. s. w.

Allerdings ist zuzugeben, dass in den Fällen, in welchen eine gründliche Analyse, sei es aus zu kurzer Beobachtungszeit, sei es weil der Kranke nicht genügenden Aufschluss über die inneren Vorgänge geben will oder kann, eine Verwechslung möglich ist, so vor allem mit der Hypochondrie. Einmal nämlich ist der Inhalt der Zwangsvorstellungen oft analog demjeniger der Vorstellungen der Hypochondre; z. B. es drängt sich der Gedanke dem Kranken plötzlich auf, dass er durch Berührung mit irgend einem Gegenstande vergiftet, inficirt sei, oder dass er selbst, durch Berührung anderer Menschen, diese krank mache und ähnliches; Vorstellungen, die auch ein Hypochondre äussert. Aus dieser zufälligen Uebereinstimmung im Inhalte der Vorstellungen darf man aber nicht auf eine Gleichheit des zum Grunde liegenden krankhaften psychischen Vorganges schliessen; die Zwangsvorstellungen können den allerverschiedensten Inhalt haben, den allergleichgiltigsten, gar nicht auf den körperlichen Zustand des Kranken selbst bezüglichen, während die hypochondrischen Vorstellungen (ihrem wesentlichen Inhalte nach) immer die gleichen sind. Bei dem Hypochondre finden wir einen primären

krankhaften Empfindungszustand, bei den Kranken mit Zwangsvorstellungen nicht; bei ersterem bilden die hypochondrischen Vorstellungen einen integrierenden Bestandtheil seines Bewusstseins, dem Bewusstsein des letzteren stehen die (Zwangs-) Vorstellungen fremdartig gegenüber. Zu Verwechslungen kann ferner Veranlassung geben, dass in der That die Kranken mit Zwangsvorstellungen zu einer gewissen Zeit des Leidens nicht selten grosse Besorgnisse und Befürchtungen für ihre geistige Gesundheit zeigen und so wohl als Hypochonder imponiren können. Man darf indess hierin nichts anderes sehen, als die natürliche Befürchtung eines Menschen, welcher fühlt, dass er sich in einem ihm aufgezwungenen, höchst störenden und quälenden krankhaften geistigen Zustande befindet, der sehr wohl grössere Besorgnisse rechtfertigt. Durch Berücksichtigung dieser Punkte allein wird man schon im Stande sein, beide krankhaften Zustände aus einander zu halten.

Viel weniger leicht dürfte man gegenwärtig Zwangsvorstellungen in dem hier durchgeföhrten Sinne als Melancholie diagnosticiren, und ich glaube in diesem Kreise auf die unterscheidenden Zeichen nicht näher eingehen zu brauchen. Auch die hier in Betracht kommenden Formen „primärer Verrücktheit“ unterscheiden sich deutlich genug von dem Zustande der Zwangsvorstellungen. Verfolgt man solche Fälle von Verrücktheit bis in ihre ersten Anfänge — eine Aufgabe, die leider relativ selten gelingt —, so erkennt man zwar deutlich, dass ähnlich, wie in unseren Fällen eine Zwangsvorstellung, auch dort eine krankhafte Vorstellung ziemlich plötzlich aufspringt. Während aber im ersten Falle die Zwangsvorstellung eben blos Zwangsvorstellung ist und bleibt, hat in letzterem die krankhafte Vorstellung von vorn herein den specifischen Character der Wahnidee und drängt sich sofort dem Bewusstsein als solche auf. Es bemerkt Jemand, dass ein Vorübergehender ausspuckt; sofort kommt der Gedanke, „man hat vor Dir ausgespuckt, Du sollst dadurch verhöhnt werden“ — wohl zweifelt er anfangs noch, ob er sich geirrt, bevor die Wahnidee ihn weiter führt, aber von vorn herein schon hat der Gedanke den Character der Wirklichkeit, er tritt dem Kranken nicht als ein fremder, ihm aufgezwungener, entgegen, sondern erscheint ihm wie aus seinem normalen Vorstellungsinhalte naturgemäß hervorgegangen.

Es macht hierbei nichts aus, ob der Gedanke, wie in dem gewählten Beispiele, an eine Sinneswahrnehmung anknüpft, denn das gleiche findet statt bei den ohne solche Anknüpfung durchaus spontan auftretenden primären Wahnvorstellungen der Verrückten. Der Unterschied zwischen Zwangsvorstellung und der Wahnvorstellung eines Verrückten ist daher nicht nur ein gradueller, etwa so, dass diese eine schwächere, noch nicht zur vollen Entwicklung gekommene Wahnidee wäre, noch nicht volle Ueberzeugung für den Kranken erlangt hätte, sondern es besteht von vorn herein ein fundamentaler Unterschied, der auch weiterhin immer erkennbar bleibt. In dem einen Falle sind die kranken Vorstellungen für das Bewusstsein des Kranken gleichwertig seinem übrigen Vorstellungsinhalt, in dem anderen bleiben sie demselben stets als etwas fremdartiges gegenüber. Die Hervorhebung dieser Thatsache dürfte genügen, die Vermischung von Kranken, die an Zwangsvorstellungen

leiden, mit den eigentlich Verrückten auch in Fällen zu verhüten, in denen eine solche nahe liegt.

Dagegen möchte ich es nicht unterlassen, an die Analogie zwischen der Genesis der erwähnten Form primärer Verrücktheit und der durch Zwangsvorstellungen characterisierten Störung zu erinnern; in beiden Fällen nämlich ist eine Störung in der Sphäre der Vorstellungen, ganz unabhängig von einem kranken gefühls- oder affectartigem Zustande die erste, die Grundlage der weiteren Entwicklung bildende und wesentliche Störung. Aus diesem Grunde dürfte man vielleicht die Bezeichnung gerechtfertigt finden, die ich bereits vor längerer Zeit für die Classe der durch Zwangsvorstellungen bedingten psychischen Störungen vorgeschlagen habe, die der abortiven (oder Abortivform der) Verrücktheit; es sollte dadurch die Analogie des Ursprungs beider Krankheitsformen aus einer primären Störung im Vorstellen angedeutet und die Zwangsvorstellung als eine „abortive“ Wahnidee bezeichnet werden, als eine krankhafte Vorstellung also, die sich nicht zur Wahnidee entwickelt habe. Ob diese Bezeichnung zweckmäßig, mag dahingestellt bleiben; ich darf mir selbst nicht verhehlen, dass der Name ohne weitere Erläuterung zu einer irrtümlichen Auffassung dessen, was damit gemeint sein soll, führen könnte.

Was die übrigen Erscheinungen des Nervensystems betrifft, welche gleichzeitig mit den geschilderten psychischen Symptomen beobachtet werden, so sind sie im ganzen wenig zahlreich und wenig hervortretend. Zuweilen bestehen Sensationen in der Magengegend, welche die Patienten auf gestörte Verdauung zurückzuführen geneigt sind, und zu deren Auftreten sie wohl die Zwangsvorstellungen in Beziehung setzen; auch abnorme Sensationen im Kopfe (Benommenheit, Druck) und an anderen Theilen (Rücken) kommen vor, ohne indess eine erhebliche Rolle zu spielen, gesteigerte Empfindlichkeit der Sinnesorgane (Empfindlichkeit gegen Geräusche) und Schlaflosigkeit begleiten nicht selten den entwickelten Zustand. Epileptische oder verwandte Anfälle sind weit entfernt davon, häufig zu sein, aber es giebt einzelne Fälle, in welchen Zwangsvorstellungen einen chronischen Krankheitszustand in Verbindung mit Epilepsie bilden.*.) So sah ich u. a. einen 13jährigen Knaben, der seit seinem 5. Lebensjahr an Epilepsia nocturna litt, und welcher auf Grund von Zwangsvorstellungen — bei dem kindlichen Kranken natürlich als solche nicht so deutlich demonstrirbar, als bei einem intelligenten Erwachsenen — metallene Thürklinken nie mit der Hand anfasste, sondern sie immer nur mittelst des Ellenbogens benutzte („es könnte Grünspan daran sein“), sehr ungern einen Brief in den Kasten warf und sich nach jeder schriftlichen Arbeit die Hände wusch (es könne Dinte daran und diese schädlich sein) u. s. w.

Die geschilderte Psychose kommt beim männlichen und weiblichen Ge-

*.) Ich abstrahire hier von den eigenthümlichen transitorischen Zuständen nach epileptischen Anfällen, welche als instinctive Monomanien u. s. w. bekannt sind.

schlechte vor und scheint in jedem Lebensalter auftreten zu können; von besonderem Interesse aber sind die Fälle, in welchen die Störung bis in die früheste Jugend zurückzuverfolgen ist. Ich habe mehrere derartige Fälle gesehen; eine classische Schilderung der Entwicklung eines solchen Zustandes von frühesten Kindheit bis in das Jünglingsalter finden Sie in einem älteren, wie es scheint, wenig bekannten, von Casper unter dem Titel: „Biographie eines fixen Wahns“ *) mitgetheilten Falle; es wird hier die Selbstbiographie eines Studenten der Medicin, der von der Knabenzeit an die Zwangsvorstellung hatte, bei gewissen Gelegenheiten zu erröthen, und der schliesslich durch Selbstmord endete, mitgetheilt; die Lectüre dieses Schriftstücks ist ganz ausserordentlich interessant und giebt die allerwerthvollsten Aufschlüsse über die Art des Auftretens solcher Vorstellungen und den daraus sich entwickelnden allgemeinen Gemüthszustand. In dem gedachten Falle war es ein und dieselbe Vorstellung, welche sich das ganze Leben hindurch zog, und der Krankheitszustand ein fast continuirlicher, nur von Remissionen unterbrochen. In anderen Fällen, in welchen solche Zwangsvorstellungen in früher Jugend bestanden, tritt später Heilung ein, bis vielleicht einmal früher oder später ein neuer Krankheitsanfall kommt mit ganz anderem Inhalte der Zwangsvorstellungen. Eine Dame meiner Beobachtung, welche zu verschiedenen Zeiten an Zwangsvorstellungen sehr verschiedenen Inhalts litt, erzählte mir, dass sie in ihrem 8. Lebensjahre oft eine oder mehrere Stunden lang das Wort „Mappe“ wiederholen musste, sie wusste selbst nicht warum. Der früher erwähnte Herr, welcher den Gedanken hatte, er könne eine eidesstattliche Versicherung schreiben, ging als Knabe nicht gern durch das Comptoir seines Vaters, weil ihm der Gedanke kam, man könne ihn beschuldigen, Papier weggenommen zu haben; aus gleicher Ursache blieb er seinen Schulnachbarn immer möglichst fern. Tritt die Krankheit bei bis dahin gesunden Erwachsenen auf, so beobachtet man gleichfalls nicht selten vollkommene Heilung, allerdings mit der Neigung zu Recidiven. Andere Male bleibt der Zustand dauernd mit wechselnder Besserung und Verschlechterung oder dauernder Verschlechterung; letztere ist wesentlich dadurch bedingt, dass der Kranke durch die Macht der Zwangsvorstellungen immer unfreier in seinen Handlungen, und dem Umgange mit anderen Personen mehr und mehr entfremdet wird. Einen eigentlich progressiven Charakter der Krankheit habe ich nicht beobachtet.

Wie der Beginn des Leidens relativ häufig ein urplötzlicher ist, so erfolgt zuweilen — anscheinend aber nicht so häufig — auch die Genesung plötzlich; der früher erwähnte junge Mann mit der Idee von der Einwirkung weiblicher Personen durch Sympathie, Liebestränke u. s. w., erzählte, dass er plötzlich eines Nachts unter einem eigenthümlichen Gefühle im Kopfe, als ob etwas platze, von der betreffenden Vorstellung wie mit einem Schlage sich befreit gefühlt habe.

Bei der Prognose ist vor allem zu berücksichtigen, dass, wie bereits hervorgehoben, der Uebergang in wirkliche Verrücktheit (Wahnideen), nicht

*) Casper, Denkwürdigkeiten zur med. Statistik. Berlin 1846. S. 165.

zu befürchten steht. Ebensowenig findet eine Entwicklung intellectueller Schwäche statt; trotz aller Schwere und langen Dauer des Leidens bleiben die Kranken im Vollbesitze ihrer intellectuellen Kräfte, ja sie bleiben, wenn sie es waren, scharfsinnig und geistreich. Dass man den Befürchtungen des Irre- und Blödsinnigwerdens, welche den Kranken die Hilfe des Arztes suchen lassen, aus voller Ueberzeugung gegenübertreten darf, gereicht sowohl jenem wie diesem zum Troste.

Zweifelhaft ist die Prognose in Betreff gänzlicher dauernder Beseitigung des Leidens; man wird stets froh sein müssen, wenn der Krankheitsverlauf durch lange Intermissionen oder Remissionen charakterisiert ist; in einigen Fällen schien die Krankheit dauernd beseitigt zu sein, allein ein Beweis dafür ist aus eigener Erfahrung kaum zu liefern.

Von der Aetiologie könnte ich Ihnen nur wiederholen, was Ihnen über die Aetiologie der Neurosen und Psychosen überhaupt bekannt ist. Auch die Zwangsvorstellungen scheinen besonders häufig bei Personen aufzutreten, in deren Familie eine Disposition zu Neurosen und Psychosen herrscht; die occasionellen Momente sind im Vergleiche hiermit von mehr untergeordneter Bedeutung. Dass geschlechtliche Excesse irgend welcher Art (u. a. Masturbation) eine besonders häufige Rolle in der Aetiology spielen, geht aus meinen Beobachtungen nicht hervor.

In betreff der Behandlung möchte ich vor allem hervorheben, dass für Kranke mit Zwangsvorstellungen im allgemeinen die Irrenanstalt nicht der geeignete Ort ist, sie der Genesung zuzuführen; in einigen Fällen, in welchen ich Gelegenheit hatte, eine solche Erfahrung zu machen, schienen mir die Kranken eher schlechter zu werden. Das, was bei der Mehrzahl der Psychosen von Grund aus zu verwerfen, häufiger Ortswechsel, geselliger Verkehr, Zerstreunungen, scheint hier grade das angemessene, die Einförmigkeit des Anstaltslebens nachtheilig. Dennoch ist auch diese Regel nicht ohne Ausnahme, und es gibt Fälle, namentlich solche, in denen die Zwangsvorstellungen innig mit Willensimpulsen verbunden auftreten, in denen die Aufnahme in eine Anstalt wünschenswert und nothwendig werden kann. Im übrigen sind, wo nicht noch andere besondere Indicationen vorliegen, die Behandlungsarten, von denen wir annehmen, dass sie einen günstigen Einfluss auf das Gesammtnervensystem ausüben, wie namentlich dem Individuum angepasste Kaltwassercuren und Aufenthalt an hochgelegenen Gebirgsorten am meisten zu empfehlen. Noch mehr aber vielleicht, als bei anderen Kranken, ist hier Individualisiren nothwendig, und bleibt dem Tacte des Arztes der weiteste Spielraum; man sollte den Kranken immer genau studiren, bevor man ihm einen Rath ertheilt.

Sie haben, meine Herren, aus dem Vorgetragenen die Ueberzeugung entnehmen müssen, dass es sich bei den „Zwangsvorstellungen“, so verschieden sie auch vom eigentlichen Irresein sind, doch um einen in seiner Bedeutung für das Individuum nicht zu unterschätzenden schweren Krankheitszustand handelt. Und dennoch werden dabei gewisse Thatsachen in Ihrer Erinnerung aufgestiegen sein, welche geeignet sind, Sie an der Wichtigkeit und Bedeutung

dieser Zustände wiederum zweifeln zu lassen. Wer hätte in der That nicht Menschen kennen gelernt, an deren geistiger Gesundheit durchaus nichts auszusetzen, und die nicht frei von solchen „Zwangsvorstellungen“ waren? Giebt es nicht Menschen, die immer mit einem bestimmten Fuss zuerst über den Rinnstein gehen müssen, ängstlich werden und umkehren, wenn sie es versäumt haben? oder immer auf einer bestimmten Seite der Strasse zu gehen eine Nöthigung empfinden? oder wieder und wieder nachsehen, ob sie das Licht ausgelässt, den Schrank zugeschlossen, den Brief richtig adressirt haben? Gewiss giebt es viele solcher Menschen, die wir nicht als krank bezeichnen können, und die überhaupt niemals schwerer erkranken. Nichtsdestoweniger besteht hier immer ein abnormer Vorgang, wenn auch die Störung eine so geringfügige ist, dass wir sie als „Sonderbarkeit“ noch in die Breite der Gesundheit hineinnehmen. Um Worte jedoch wollen wir nicht streiten; es genüge, die Thatsache anzuführen, dass so geringfügige Störungen das ganze Leben hindurch bestehen können, ohne sich weiter zu entwickeln und das Befinden irgend wie zu beeinträchtigen. Ebenso kommen bei diesem oder jenem sonst ganz Gesunden vorübergehend derartige Zwangsvorstellungen vor.*^{*)} die ihrer Flüchtigkeit wegen ein practisches Interesse für die Pathologie nicht haben. Der psychische Vorgang selbst ist aber auch hier derselbe.

Wegen dieses Hineinspielens von Zwangsvorstellungen in die Breite der Gesundheit aber haben sie ein ganz besonderes Interesse, und es wäre nicht ohne Werth, Beispiele in grösserer Zahl zu sammeln. Wir lernen dabei vielleicht noch andere psychische Anomalien genauer kennen, von denen wir bisher nur fragmentarisch hier und da hörten, ohne sie unter einen bestimmten einheitlichen Gesichtspunkt bringen zu können; leider wird die Beobachtung durch die Zurückhaltung solcher Personen sehr erschwert, welche fürchten, sich lächerlich zu machen, wenn sie von ihren Sonderbarkeiten erzählen (ich erinnere Sie an die Platzfurcht!). Von einem solchen sonderbaren psychischen Vorgange, der sich zwar in mancher Beziehung an die Zwangsvorstellungen anschliesst, doch aber wieder etwas besonderes hat und nicht ohne weiteres darunter subsumirt werden kann, lassen Sie mich Ihnen schliesslich noch eine kurze Mittheilung machen. Es wandte sich ein Pastor an mich um Rath, dem es nicht möglich ist, auf einem höher gelegenen Zimmer, z. B. des ersten Stocks, „geistig zu existiren“, er ist (ich führe ipsissima verba an) sofort in seiner Denkthätigkeit gestört, fühlt sich im Leibe belästigt, etwa wie wenn man in der Höhe schwiebt, auf noch höheren Zimmern würde er, wie er meint, schwindlich werden. Am ungestörtesten ist er in seinem Studirzimmer auf ebener Erde, in tiefer gelegenen Zimmern. In seinem früheren Pfarrhause war sein Studirzimmer tief parterre, noch etwas tiefer als der Hausflur, das Haus lag an und für sich

^{*)} Ich spreche, wohl bemerkt, nicht von solchen Vorstellungen, die durch gefühlss- oder affectartige Zustände bedingt sind.

schon unter dem Niveau der Erdoberfläche; hier war seine „Denkthätigkeit“ unbehindert, die Studien wurden ihm leicht. In einem anderen Zimmer, auch parterre, nur einige Zoll über der Erde, fühlt er ein starkes Hinderniss der Denkthätigkeit, das Bewusstsein nur der geringen Erhebung des Zimmers „lähmt seinen Geist“; in einem dritten Zimmer, etwa 1½ Fuss hoch über der Erde, ist seine Denkthätigkeit sehr stark gestört. In seinem jetzigen Pfarrhause, das nur vielleicht einige Zoll über der Erde liegt, ist er auch in allen Parterre - Zimmern in der geistigen Thätigkeit gehindert, Arbeiten, Studien, die ihm sonst in Zimmern ohne solches Hinderniss leicht werden, hier werden sie ihm schwer; er ist im Leibe belästigt, oft beängstigt, fühlt sich eben nicht auf der Erde, sondern darüber wie über einer Kluft. So denkt er am ungehindertsten, wenn er nicht steht, sondern sitzt, und etwas tief, niedrig und weich; beim Stehen fühlt er gleich mehr die Störung im Leibe, ebenso das belästigende Bewusstsein des Gehobenseins über die Erdoberfläche. Er fühlt, wie er sagt, ganz die Wunderlichkeit dieses Leidens, müsse aber in aller Nüchternheit sagen, es sei keine Fiction von ihm, sondern gewiss einthatsächliches, reales Uebel, das ihn ganz empfindlich drücke und beschwere. Er glaube, der Sitz des Uebels liege in seinem schwachen Nervensystem und einem Magenleiden; er bebe und zittere leicht an den Gliedern, sei leicht erschrocken, aufgeregt in Leid und Freud, die Verdauung sei ebenfalls leicht gestört. In seiner Kindheit habe er häufig an Kopfschmerzen gelitten, seit der Studienzeit an Benommenheit des Kopfes, an der er etwas immer leide, leicht stärker.

Sein Amt verwaltete der betreffende Patient nach wie vor, aber aus den angegebenen Gründen nur unter grossen Beschwerden.

Mit der Aufforderung, meine Herren, analoge Beobachtungen solcher eigenthümlichen psychischen Zustände, welche ein Grenzgebiet bilden zwischen individuellen, noch in der Breite der Gesundheit liegenden Eigenthümlichkeiten und ausgebildeter psychischer Störung, zu sammeln, und dieselben möglichst genau zu analysiren, schliesse ich diesen Vortrag.

Discussion.

Herr Abraham: Er habe einen einschlägigen Fall in Beobachtung bei einer 50 Jahre alten psychisch sonst normalen Dame, welche zwar vor einem bahre einen apoplectischen Anfall mit rechtsseitiger Parese gehabt, davon aber wieder hergestellt sei. Die krankhaften Vorstellungen bestehen schon seit vielen Jahren und bewegen sich in dem Kreise, dass sie durch irgend eine an sich irrelevante Handlung die Krankheit oder den Tod eines Anderen verschuldet habe. Z. B. sie habe vor Jahren einmal etwas Fleisch auf der Strasse verloren, dass könne Jemand gegessen haben und davon gestorben sein. Obgleich sie ganz gut einsieht, dass dies ein Unsinn ist, kann sie den quälenden Gedanken nicht los werden. Doch wird sie beruhigt, wenn ihr von Anderen die factische Unmöglichkeit ihrer Annahme nachgewiesen werden kann, aber

nur um bald darauf von einer anderen Vorstellung desselben Inhalts, nur mit veränderten Verhältnissen und Personen, befallen zu werden.

Herr Jastrowitz: Zwangshandlungen und Vorstellungen dieser Art können sowohl bei emotiven Formen als bei allen möglichen Krankheiten chronischer Art vorkommen. In letzterer Beziehung weise er darauf hin, dass Griesinger's Maladie du doute von Meschede auf Verrückte bezogen worden sei. Er selbst wolle aber die Zwangsvorstellungen auf emotiver Grundlage, also mit Vorhandensein eines Affectes, in den Vordergrund stellen. Auch wo scheinbar die Vorstellungen ganz plötzlich entstehen, kann man aus der Anamnese erfahren, dass vorher die Gemüthslage der Kranken geändert war. So erinnere er sich eines Kranken, der viel Kummer erlitten hatte, immer auffällig war und welcher glaubte, er müsse alle Schilder auf der Strasse u. dgl. verkehrt lesen. Ein anderer Patient in der Charité, durch den Tod seiner Mutter gedrückt, kommt plötzlich, als er vor dem Thore gehend ein Schwein sieht, auf die Idee, dieses Schwein sei Gott, und wird dadurch so in Schreck versetzt, dass sich Wahnvorstellungen entwickelten. Man konnte ihn für verrückt halten, aber nach 5 Jahren wurde er geheilt und ist gesund geblieben. Ein anderer Fall betrifft den dritten Patienten Griesinger's. Er quält sich mit allerlei metaphysischen Grübeleien; zu Zeiten ganz ruhig, ist er manchmal in Thränen, weil sich die Fragen wieder aufdrängen. Diese Art also von Zwangsvorstellungen, auf emotiver Grundlage beruhend, wäre den primären Geistesstörungen entsprechend und hänge mit den eigentlichen Verrücktheiten nicht zusammen.

Herr Westphal: Man dürfe, wenn eine Krankheit in Folge einer Gemüthsregung entsteht, dies nicht verwechseln mit der Gemüthsregung als Erscheinung der Krankheit. Was die Fälle von Meschede anlangt, so haben diese mit denen Griesinger's absolut nichts zu thun, und es sei diese Zusammenstellung vollständig unpassend gewesen. Auch den vom Vorredner erwähnten Fall, der an den Anblick eines Schweines anknüpfte, könne er als einen klassischen Fall von Zwangsvorstellungen nicht anerkennen. Der Kranke, welchen er (W.) selbst gekannt habe, hatte eine wirkliche Wahnidee und glaubte in ein Schwein verwandelt zu sein.

Herr Jastrowitz: Auch er unterscheide das causale Moment von der Gemüthslage, auf welche schon Morel mit dem Ausdruck *délire émotif* die Aufmerksamkeit richtete.

Herr Westphal: Er könne mit der Annahme einer solchen emotiven Grundlage nicht übereinstimmen, wolle aber vorläufig auf diesen Punkt noch nicht eingehen, auf welchen in der Discussion in der nächsten Sitzung noch zurückzukommen sein werde.

Sitzung vom 16. April 1877.

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

Als Guest:

Herr Dr. Jul. Sterk aus Marienbad.

Der Vorsitzende theilt mit, dass Herr Küssner wegen seiner Uebersiedlung nach Halle den Austritt aus der Gesellschaft angezeigt hat. Derselbe wird zum auswärtigen Mitgliede der Gesellschaft ernannt.

Hierauf setzt die Gesellschaft die abgebrochene Discussion über Zwangsvorstellungen fort. Zuerst erhält das Wort

Herr Sander: Ehe ich mir gestatte, auf meine eigenen Anschauungen über Zwangsvorstellungen einzugehen, möchte ich in Betreff der vom Vortragenden geschilderten Fälle bemerken, dass sie mir zum Theil nicht so ganz rein zu sein scheinen. Prinzipiell möchte ich schon solche Fälle, bei denen es zu entsprechenden Handlungen kommt, absondern von den reinen, auf Zwangsvorstellungen beschränkten. Wenn es eben charakteristisch für die letzteren ist, dass die sich beständig aufdrängenden Vorstellungen als absurd und dem eigentlichen Wesen des Kranken fremd von ihm erkannt werden, so kann man von denjenigen, die sich durch ihre Vorstellungen beeinflussen lassen, nicht mehr sagen, dass sie über ihnen stehen. Von den Fällen machen mir einzelne den Eindruck, als seien die betreffenden Personen im engeren Sinne geisteskrank oder-wenigstens neben den Zwangsvorstellungen noch anderweitig psychisch gestört. Von dem letzten, den Prediger betreffenden Falle äusserte der Vortragende selbst, dass er nicht eigentlich hierher gehöre. Ich würde ihn mehr der vom Vortragenden früher beschriebenen Platzfurcht anreihen. Dass dabei eine hypochondrische Verstimmlung besteht, scheint mir nach seine Aeusserungen („schwaches Nervensystem, Magenleiden“ u. A.) wohl anzunehmen. Der Fall R. ist mir durch seine Versetzung in die Städtische Irrenanstalt näher gerückt. Wenn dieser Kranke seit den letzten sechs Jahren fast beständig in vier verschiedenen Irrenanstalten war, und der Vortragende selbst ihn als unheilbar der Pflegeanstalt zuschickt, dann glaube ich doch, dass es sich nicht mehr blos um „Zwangsvorstellungen“ handeln kann. Mir sowohl als dem Herrn Collegen Ideler macht er den Eindruck psychischer Schwäche und der Hypochondrie, wofür ich aus seinen Aeusserungen Beweise bringen könnte. Er lässt sich Abends einen Löffel der verdünnten Chlorallösung geben, um in der Nacht einen Schluck zu nehmen, wenn ihm die Gedanken kommen, und er hat davon eine Beruhigung gespürt. Inter-

essant ist seine Angabe, dass er auf das Ausziehen der Haare und Wimpern durch den Anblick eines anderen damit sich beschäftigenden blödsinnigen Kranken gekommen sein will. Auf die anderen einzelnen Fälle kann ich nicht so genau eingehen, weil sie mir seit der letzten Sitzung nicht mehr so fest im Gedächtniss sind; der allgemeine Eindruck war mir, wie erwähnt, so, als ob es sich doch dabei nicht blos um Zwangsvorstellungen handle. So glaubte der eine Patient, sich durch Wassertrinken inficirt zu haben, und ein anderer sprach von „Liebestränken des weiblichen Geschlechts.“ Reiner in dieser Beziehung ist wohl der von Herrn Abraham mitgetheilte Fall, welcher neben den Zwangsvorstellungen keine anderweitige psychische Anomalie zeigt. Ebenso verhält es sich mit einem Fall, den ich selbst mitzutheilen mir jetzt erlauben will. Ich verdanke die Schilderung der Mittheilung eines der Patientin nahestehenden Arztes, welcher nicht Irrenarzt, in unbefangener und geschickter Weise genau referirt hat, so dass ich seinen Bericht direct vorlesen kann.

Eine Dame von jetzt 27 Jahren, seit sechs Jahren verheirathet, kinderlos, in den glänzendsten Verhältnissen, im Luxus und in der Annehmlichkeit einer sehr geachteten Lebensstellung schwelgend, die ihren Mann abgöttisch liebt, und von ihm auf Händen getragen wird, zeigte schon als kleines Kind die Neigung, sich selbst einzureden, sie habe Dinge fortgenommen, die sie in der That nicht berührt hatte. (Angabe der vorhandenen hereditären neuro-pathischen Disposition.) Als 15jähriges Mädchen glaubte Patientin, einer Mitschülerin einen Bonbon fortgenommen zu haben, obgleich nicht der geringste Anhalt dafür vorlag; sie glaubte später, eine Tapete abgerissen zu haben, statt an der Klingel zu ziehen, die zu einer Freundin führte; auch hier war keine Idee von dem Abreissen wahr gewesen. Dergleichen kleine Missenthalten, die sie aber niemals begangen hatte, die sie in ihrer Grübelei sich nur einredete, machten ihr solche Bekümmerniss, dass sie erst wieder sich beruhigte, wenn sie sich gegen eine Schwester darüber aussprach. Im 17. Jahre (vorher eine Zeit lang Masturbation) legten sich ihre Wahnideen häufig auf das geschlechtliche Gebiet. Sie redete sich ein, sich mit einem Hausknecht geschlechtlich eingelassen zu haben, ohne dass nur die geringste Veranlassung zu diesem Gedanken vorlag. Sie wusste selbst, dass es Unsinn sei, konnte aber diesen Gedanken Monate lang nicht los werden. Als sie später gezwungen war, vom 18. bis 20. Jahre einer grösseren Wirthschaft selbst vorzustehen, hörten sämtliche Wahnideen völlig auf. — In dem ersten Jahre ihrer Ehe war nur eine einzige Wahnidee vorhanden, nämlich die, dass sie den Coitus mit jedem vollzogen habe, mit dem sie zufälliger Weise einen Moment in einem Zimmer allein geblieben war. Aussprechen gegen eine Freundin liess sie stets das Alles als Unsinn sofort erkennen. Zu ihrem grössten Schrecken glaubte sie aber eines Tages, dass sie, obgleich noch Niemand den ganzen Tag bei ihr gewesen, mit einem Manne sich an diesem Tage geschlechtlich vergangen habe. Beschäftigung in wohlthätigen Vereinen, grosse Reisen, Badecuren, ernste Lectüre, Zerstreuung, alles blieb ohne Erfolg. Seit dem vorigen Jahre haben sich die Vorstellungen geändert. Patientin glaubt,

Personen aus ihrer Bekanntschaft durch Gift umgebracht zu haben, oder glaubte, ein Dienstmädchen in einem Hotel erschlagen und unter das Bett geworfen zu haben. Ja in letzter Zeit hat sich das Uebel so verschlimmert, dass Patientin glaubt, sie habe jeden Menschen umgebracht, dessen Todesanzeige sie in der Zeitung liest, und den sie bisher nicht einmal dem Namen nach gekannt hat. Am merkwürdigsten ist, dass Patientin diesen ganzen Blödsinn zu Papier bringt, um ihn ihrem Manne mit den grössten Selbstvorwürfen täglich zu zeigen, und dass sie sich noch heut vollständig bewusst ist, dass alles Blödsinn und Phantasiegebilde ist. Kein Mensch, ausser ihrer nächsten Umgebung, hat eine Ahnung von diesem Zustande; nur wenigen Aerzten hat sie sich bezüglich ihres Gemüthszustandes, und mir oberflächlich anvertraut. Früher hatte sie wenigstens Ruhe vor einem bestimmten, sie verfolgenden Gedanken, wenn sie ihn der Schwester oder Freundin mitgetheilt hatte; das hat aber jetzt aufgehört. Noch vor kurzem erzählte sie ihrer innigsten Freundin die tollen Gedanken von Vergiftung, die sie in den letzten Stunden gepeinigt; sie glaubte, sie habe einen sehr hochgestellten Beamten, den sie in ihrem Leben nie gesehen, und dessen Todesanzeige sie vor einigen Stunden erst in der Zeitung gelesen habe, Gift geschickt, und erklärte der Freundin, dass sie sehr gut wisse, dass alles Unsinn sei, und dass sie sich doch dieses Gedankens nicht erwehren könne. In diesem Augenblicke tritt ein Besuch herein und sie erklärt jener Freundin: „Siehst Du, jetzt geht die Verstellung wieder los; der Besuch darf keine Ahnung davon haben, dass ich fortwährend mit dergleichen Gedanken mich beschäftige; ich kann mich jedem Fremden gegenüber so beherrschen, dass ich völlig logisch erscheine, und selbst der leiseste Verdacht dieses Unglücks nicht in ihm aufkommen kann“. Und so ist es auch; Niemand hat eine Ahnung von den Vorgängen in der Seele dieser Frau. Sie schreibt die schönsten und richtigsten Briefe, urtheilt mit Verstand und Ueberlegung über literarische und künstlerische Erzeugnisse, genug, sie erscheint jedem Fremden als eine geistig völlig gesunde, mitunter vielleicht nur etwas stille Frau.

Ich glaube, m. H., dass dieser Fall auch Ihnen interessant erscheinen wird, und habe ich ihn deshalb so ausführlich mitgetheilt, während ich im übrigen Ihre Zeit mit casuistischen Mittheilungen nicht länger in Anspruch nehmen will. Dagegen gestatten Sie mir noch einige Bemerkungen. Ich glaube, dass man zur Erklärung derartiger Erscheinungen, bei denen wir auf das anatomische Substrat und seine Erkrankung noch in keiner Weise recurriren können, auf physiologischem Wege vorgehen und zuerst selbst rein psychologisch die Erscheinung zergliedern muss. Ich halte das Auftreten von Zwangsvorstellungen nur für eine Art der Störungen der Denkoperation, welche wir auch sonst in anderer Weise bei neuropathisch disponirten Individuen beobachten. Wie manche Individuen dieser Art motorische oder vaso-motorische Störungen zeigen, andere sich hypochondrisch erweisen, noch andere von reizbarer Gemüthsbeschaffenheit sind, so kann die neuropathische Constitution auch zu solchen Störungen des Denkens führen, unter welche neben anderen auch die Zwangsvorstellungen zu rubriciren sind. Daher kann

ich mich auch nicht mit der Ansicht einverstanden erklären, dass die den Zwangsvorstellungen unterworfenen Personen „sonst ganz gesund“ sind. Vielmehr glaube ich, dass man bei einem Eingehen bei ihnen noch anderweitige Störungen des Nervensystems, epileptische, hypochondrische und namentlich hysterische Erscheinungen finden wird. Besonders auch für hypochondrisch möchte ich die meisten von ihnen halten. Nur dass ihre Hypochondrie sich der psychischen Seite zugewendet, und ich weiss nicht, ob man nicht viele von ihnen ganz gut als psychische Hypochonder bezeichnen könnte.

Als Basis der Zwangsvorstellungen nehme ich also die neuropathische Disposition an, die ja meist eine angeborene ist. Weiter müssen wir nun das erste Auftauchen der Vorstellung und das beständige Wiederkehren derselben unterscheiden. Das erste Auftauchen wird oft genug ein rein zufälliges sein, ein solches also, dessen Bedingungen wir gar nicht kennen. Jeder weiss aus eigener Erfahrung, wie oft in ihm Gedanken der sonderbarsten Art auftauchen, die seinem Gedankengange sonst fremd sind, ja seinem innersten Wesen widersprechen und ihn selbst auf's äusserste frappiren. In einzelnen Fällen aber können wir doch die Bedingungen für das Auftreten derartiger Vorstellungen erkennen. Es sind Contrastvorstellungen, oder das unbewusste Denken, welches wir ja oft einige Schritte rückwärts verfolgen können, hat, wie sich dabei erkennen lässt, zu jener auffallenden Vorstellung geführt. Zu diesen Bedingungen, welche bei neuropathischen Personen vielleicht noch mehr Bedeutung haben, als bei gesunden, gesellen sich andere, die leichte Beeinflussung ihres Denkens von Gemüthsstimmung und körperlichen Leiden aller Art. So dürften sich vielfache Bedingungen innerer und äusserer Natur (zu letzteren gehören: lebhafte Wahrnehmungen, frappirende Ereignisse, Schreck u. dgl.) für das Auftreten der Zwangsvorstellungen ergeben. Ist erst eine solche einmal aufgetreten, so imponirt sie zunächst durch ihr plötzliches, unvermitteltes Erscheinen. Dann hat sie zumeist einen unangenehmen peinlichen Inhalt und ist um so lästiger, je mehr das Absurde und Lächerliche davon in die Augen springt. Wenn sich der Kranke in Folge dessen mit ihr viel beschäftigt, so wird sie immer aufdringlicher, und gerade das Streben, sie zu verdrängen, führt dazu, dass er sie nicht los wird, wie man das oft bei ähnlichen Vorgängen im Bewusstsein beobachten kann. Dazu kommt, dass, wenn sie erst eine Zeit lang vorhanden war, sie sich auch an viele andere Vorstellungen, die irgendwie in Verbindung mit ihr standen, sei dies auch nur eine räumliche oder zeitliche, anknüpft, an Gegenstände der Umgebung, an körperliche oder sonstige Verrichtungen, so dass sie nach dem bekannten Gesetz der Association bei jeder Gelegenheit wieder auftaucht. So halte ich es z. B. für ganz erklärlich, dass, wenn die von mir geschilderte Patientin erst einmal beim Lesen einer Todesanzeige auf den Gedanken gekommen ist, Schuld am Tode zu sein, sie durch jede ähnliche Anzeige immer wieder zu demselben Gedanken angeregt wird. Noch einmal betonen möchte ich, dass beim natürlichen Gedankengange jede Vorstellung von selbst einer anderen weicht, dass es aber augenblicklich schwer wird, einen Gedanken los-

zu werden, wenn man gegen ihn ankämpft. Dies ist natürlich beim kranken (neuropathischen) Individuum in noch höherem Grade als beim gesunden der Fall. Wir können allerdings einen gewissen Einfluss auf unseren Gedanken-gang ausüben. und um so mehr. je kräftiger entwickelt der Geist ist. Diese Fähigkeit geht aber mehr oder weniger verloren unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Bedingungen, und zu den letzteren gehört vor allem die nervöse Beschaffenheit; dann überwiegt der unbewusste und unbeeinflusste Mechanismus des Denkens, besonders die Association. — So glaube ich also, dass in den meisten Fällen eine wenigstens psychologische Analyse möglich ist, und dass wir durch genaue Nachforschungen auch einzelne pathologische Bedingungen finden können, denen die Zwangsvorstellungen ihre Entstehung verdanken. Von diesen pathologischen Bedingungen scheint mir allerdings die neuro-psychopathische Constitution und wohl meist eine angeborene die wesentlichste.

Zum Schlusse gestatten Sie mir noch, m. H., einige Worte in Betreff der Prognose. Wenn der Herr Vortragende sagte, dass die Prognose in so fern günstig sei, als die an Zwangsvorstellungen leidenden Personen nicht „verrückt“ werden, so kann ich dem nur zustimmen, wenn der Ausdruck „verrückt“ nicht in dem allgemeinen Sinne von „geisteskrank“ überhaupt, sondern in dem speciellen der psychiatrischen Form „Verrücktheit“ gebraucht wird. Ich habe gegenwärtig eine Dame in Behandlung, bei welcher sich aus einer Zwangsvorstellung heraus und auf den Grund derselben eine ganz ausgeprägte Melancholie entwickelt hat. Die Dame befindet sich zwar noch nicht in einer Anstalt, aber dass sie eigentlich dorthin gehören würde, ist mir nicht zweifelhaft. Dass derartige Patienten also niemals in wirkliche Geistesstörung verfallen sollten, kann ich nach meiner Erfahrung nicht zugeben. Dagegen stimme ich dem Herrn Vortragenden in Betreff der Therapie bei. Ich glaube auch, dass die Irrenanstalt der Zwangsvorstellungen allein wegen kaum nötig wird, und halte für das geeignete Curverfahren, neben einer nicht gering anzuschlagenden psychischen Behandlung die Kräftigung des Organismus und die möglichste Beseitigung der nervösen Reizbarkeit, wobei der Gebrauch einer Cur in gut gelegenen und gut geleiteten Wasserheilanstalten zweckdienlich ist.

Herr Jastrowitz: Wenn ich in der voraufgegangenen Discussion als ätiologisch wichtige Momente für die Zwangsvorstellung betonte, erstens die allgemeine emotive Grundlage, zweitens als gewissermassen occassionalen Umstand, welcher die Zwangsvorstellung schliesslich in die Erscheinung rief und ihr die Farbe gab, die öftere Einwirkung eines besonderen Affectes, wie Schreck, Trauer u. dgl., so versteht es sich von selber, dass mit der emotiven Grundlage auch die hereditäre krankhafte Beanlagung gemeint war, sei es, dass sie als hypochondrische Verstimmung oder als melancholische sich zeigt. Niemals habe ich Zwangsvorstellungen ganz unvermittelt, gleichsam aus heiterem Himmel entstehen sehen. Von einem eigentlichen Verständniss derselben kann jetzt natürlich nicht die Rede sein. Wir haben jedoch physiologische Zustände zu verzeichnen, wo das gleiche geschieht, durch deren Be-

trachtung die Entstehungsweise der Zwangsvorstellung unserer Erkenntniss in etwas näher gerückt wird. Gar oft geschieht es, dass wir eine Melodie, einen Gassenhauer, den wir ein paarmal eindringlich gehört, zu unserer Verzweiflung tagelang nicht los werden. Dies ist besonders dann der Fall, wenn unser Hören auf irgend eine Weise, z. B. durch Alkoholgenuss, namentlich schlechte Weine, durch Nachtwachen in einen Erregungszustand versetzt worden ist. Dieser Erregungszustand repräsentirt also hier die emotive Grundlage, die Melodie, den occasionellen Umstand. Noch einen weiteren Punkt habe ich der Erörterung zu unterbreiten. Wie ich bereits in der vorigen Sitzung sagte, kommen Zwangshandlungen und Zwangsvorstellungen bei den allermannigfachsten Psychosen vor, genau betrachtet, kann man selbst die Hallucinationen als eine besondere Art derselben ansehen. Der Inhalt solcher Vorstellungen, wenn die Intelligenz nicht wesentlich beeinträchtigt ist, scheint irrelevant. Darin liegt also nichts Besonderes. Das Besondere ist vielmehr dadurch gegeben, dass ein und derselbe Gedanke in trostloser Monotonie immer und immer wieder Jahre lang, bis zu 8 Jahren und darüber, wie ich beobachtete, sich aufdrängt. Mindestens müsste man diese uniformen Zwangsvorstellungen von den mannigfachen und wechselnden unterscheiden; denn sie haben auch für die Prognose eine andere Bedeutung, wie es scheint. Ich habe eine beträchtliche Anzahl solcher uniformen Zwangsvorstellungen gesehen, möchte aber hier nur zweier Fälle gedenken, die kurz nach einander in den letzten Tagen mir zur Beobachtung kamen. Der erste ist ein circa 30jähriger Jurist, der hereditär belastet ist und, wie er sich erinnert, seit seinem 10. Jahre leidet. Damals wurde er, nachdem er die Oper Zampa gesehen von der Besorgniss befallen, es könnte seinem Leben Gefahr drohen; bald nahm die Besorgniss die bestimmte Gestalt an, es könnte ein Schlagfluss ihn dahinraffen. Dieser Zwangsgedanke beherrscht ihn seitdem, besonders dann, wenn er sich geistig stark anstrengt, oder wenn Widerwärtigkeiten ihm zustossen. Er empfindet selten eigentliche Furcht, niemals abnorme körperliche Sensationen, selten Herzklöpfen. Er ist gesund an den Organen der Brust und des Unterleibes, geistig begabt und selbst ein sehr heiterer Gesellschafter.

Bei dem anderen Patienten, einem 29jährigen, hereditär nicht belasteten Oeconomen, stellte die Zwangsvorstellung nach einem schweren Trauma am Kopf sich ein. Derselbe zog gesund in den Krieg, erhielt bei St. Privat einen Granatschuss und eine Schädelzerschmetterung, welche Commotio cerebri herbeiführte. Nachdem zwei Sequester sich ausgestossen, verheilte die Wunde, und man sieht jetzt 4 Ctm. hinter der Linea semicircularis ossis frontis einen Knochendefect, der schräg nach oben und hinten zieht und reichlich die beiden obersten Phalangen von Zeige- und Mittelfinger in Länge und Breite aufnimmt. die Tiefe ist derartig, dass die oberste Phalanx des Zeigefingers darin Platz findet. Der Grund ist knochig fest, bei mässigem Druck nicht besonders empfindlich. Seine Wiederherstellung war damals eine so gelungene, dass er mehrmals zur Truppe geschickt wurde. Es stellte sich aber Reizbarkeit, Ein-genommenheit des Kopfes und Unfähigkeit Lärm zu ertragen, sowie Schmerzen

bald in Scheitelhöhe, bald im Hinterkopf ein, so dass er, zumal der Krieg zu Ende ging, heimgesandt wurde. Auf der Rückreise sah er viele Typhus- und Pockenkranke, er empfand vor ihnen oftmals Schaudern, und es drängte sich ihm die Idee auf, er könnte sich anstecken. Er warf seine Kleidee fort, wurde aber dadurch die Zwangsvorstellung nicht mehr los. Dieselbe verfolgt ihn seit fast 6 Jahren unablässig. Er wagt keinen Gegenstand zu berühren, kein neues Kleid anzuziehen, obgleich er ganz gut weiss, dass seine Ansteckungsidee lächerlich ist, und er in seinen Aeusserungen sonst sich überhaupt als intelligenten Mann erweist. „Es ist ein Gefühl der Unbehaglichkeit, wie einer es empfindet, der Schmutz angefasst hat, so lange er sich nicht gereinigt hat“, das dann sich herausbildete, und da es ihm Erleichterung gewährte, sich und seine Kleider zu waschen, so hat er in den letzten Jahren zu diesen Waschungen und Reinigungen seine Zuflucht genommen, die er, da er am Tage beschäftigt war und sich nicht blosstellen wollte, die Nächte hindurch bis in's Ungeheuerlichste, bis zur Schädigung seiner Gesundheit betrieb. Versuche, diese Zwangshandlung zu unterdrücken, die er theils spontan, theils durch äussere Umstände gezwungen, unternommen hat, haben stets eine förmliche geistige Verwirrtheit erzeugt. — Es ist leicht, an diesen Beispielen das von mir eben Dargelegte hervorzuheben und sich klar zu legen.

Herr Mendel: Er wolle die Casuistik zwar nicht vermehren, könne aber eine von einem sehr nahe stehenden Freunde vor kurzem gemachte Beobachtung nicht unterdrücken. Derselbe hatte eine Antwort auf eine wichtige Anfrage zu geben und konnte danach mehrere Tage lang die Vorstellung nicht los werden, dass er verneint habe, während er bejahend schreiben wollte und in der That geschrieben hatte. Die Vorstellung peinigte ihn ungemein, er malte sich die Folgen der verkehrten Handlung aus, obgleich er sich immer wieder sagte, dass er richtig geantwortet, hatte schlaflose Nächte u. s. w. Schliesslich wurde er diese Vorstellung von selbst wieder los. Im Ganzen ist Redner der Ansicht, dass diese Dinge häufig sind, keiner bestimmten psychischen Krankheitsform entsprechen, da sie die verschiedensten begleiten, und dass auch der Versuch einer Erklärung noch nicht möglich ist.

Herr Liman: Es sei zweckmässig, den Begriff zu fixiren; denn es scheint ihm verschiedenes durch einander geworfen zu werden. Der Begriff sei wohl durch Schüle in die Pathologie gekommen, welcher die an Hyperästhesien sich anschliessenden Mitempfindungen und die daran anknüpfenden Vorstellungen in's Auge fasste. Diese Zwangsvorstellungen wurden dann weiter übertragen auf psychische Hyperästhesien und Anästhesien. Das wesentliche der Zwangsvorstellungen finde Redner darin, dass der davon Befallene sie als solche erkennt, dass er über ihnen steht und sie nicht zu Handlungen umsetzt. Sobald dies nicht mehr der Fall sei, sei der Begriff der Zwangsvorstellungen zu verlassen. Diese Grenze scheine in einzelnen Fällen überschritten. Es könne nicht darauf ankommen, ob immer dieselbe Vorstellung festgehalten wird, oder ob sie ihr Object wechsle, wie in dem Falle Sander's, der in vieler Beziehung dazu gehöre. Redner glaubt auch, dass man

eine psychologische Genese als berechtigt ansehen kann, und er hat sich bemüht, einen ähnlichen Gedankengang in Bezug auf Mordmonomanie festzuhalten, welche ja in einzelnen Beziehungen hierher gehört. Dass alle diese Individuen psychopathisch sind, darüber könne gar kein Zweifel sein.

Herr Sander: Ich kann dem Vorredner nur Recht geben, wenn er sagt, dass der Begriff zu fixiren sei, und möchte die Definition, welche Herr Westphal in seinem Vortrage gab, in ihren wesentlichen Punkten hier noch einmal wiederholen. Er sagte: „Zwangsvorstellungen sind solche, welche in's Bewusstsein treten ohne und gegen den Willen des Kranken, die er nicht verscheuchen kann, und die nicht in normaler Weise mit anderen Vorstellungen abwechseln und andauernd mehr oder weniger im Vordergrunde des Bewusstseins stehen.“ Ich glaube, dass in dem von mir erwähnten Falle dieser Definition vollständig Rechnung getragen ist, und dass auch die betreffende Dame über ihren Vorstellungen steht, sie als etwas fremdartiges. ihr durch innere Vorgänge aufgedrungenes erkennt und sie nicht in Handlungen umsetzt. Herrn Jastrowitz gegenüber möchte ich bemerken, dass es darauf nicht ankommen kann, dass das Object der vorgestellten Handlung wechselt, dass die Kranke bald diesen, bald jenen vergiftet zu haben glaubt; wenn sie beständig sich vorstellen muss, überhaupt vergiftet oder geschlechtlich sich vergangen zu haben, so scheint mir die Uniformität der Vorstellungen genügend vorhanden zu sein. Ich lege auch kein Gewicht auf den Inhalt der Vorstellungen, wenn ich ihn auch nicht für ganz zufällig halte, sondern für das Wesentliche halte ich den Mechanismus des Entstehens und Haftens der Vorstellungen. Der zweite Fall von Herrn Jastrowitz scheint mir dagegen schon einer anderen Categorie anzugehören, und zwar derjenigen, welche in letzter Zeit Herr Legrand du Saulle zum Gegenstande einer besonderen Studie gemacht hat. Derselbe vereinigt mehrere dieser eigenthümlichen Störungen der psychischen Funcionen, indem er ihnen eine stufenweise Entwicklung, beginnend mit der Grübelsucht Griesinger's nachweist, unter dem Namen: La folie du doute avec délire du toucher. Diese Anschauungsweise kann ich durchaus nicht so ungerechtfertigt finden, und möchte zur Begründung derselben mir erlauben, Ihnen einen entsprechenden Fall kurz mitzutheilen, bei welchem auch Zwangsvorstellungen zuerst vorhanden waren.

Ein 20 Jahre altes Fräulein wurde mir von ihrer Mutter zugeführt. Die Kranke, welche aus der Ehe von Geschwisterkindern stammt und einen taubstummen Bruder hat, auch sonst erblich disponirt ist, ist schwerhörig und in hohem Grade scrophulös. Sie leidet an einer Menge nervöser Affectionen (Kopfschmerz, Schwindel, Hitzgefühl, Zucken im Gesicht und auch im Nacken u. dgl. m.), ist nicht recht entwickelt, hat eine eigenthümlich kindliche Ausdrucksweise, schief stehende, ungleichmässige Zähne u. a. Im 16. Jahre hatte sie den Gedanken, sie wollte ihre Mutter todtschlagen; dieser Gedanke kam ihr plötzlich am Vorabende der Abreise ihrer Mutter, am anderen Tage war sie sehr unruhig, weinte und musste sich hinlegen. Seitdem kam ihr öfter der Gedanke von Todtschlagen. Im vorigen Jahre begann sie sich unsicher zu fühlen, glaubte etwas verloren zu haben und musste immer suchen.

Wenn sie Geld hatte, glaubte sie es verloren zu haben; hatte sie eine Commode geschlossen, so musste sie sich immer wieder davon überzeugen; ebenso davon, dass sie das Licht auch wirklich ausgelöscht habe. Hatte sie der Mutter Geld zurückgebracht, so fragte sie immer wieder auf's Neue, ob diese es auch erhalten habe. Diese Unsicherheit ist nun zurückgetreten und hat der Furcht vor Verunreinigung Platz gemacht. Die Kranke kann sich nicht rein genug waschen; sie kann nichts anfassen und hält sich von allem fern. Mit Handschuhen fasst sie wohl etwas an, aber dann will sie die Handschuhe nicht gern mehr berühren. Selbst bei der Wäsche meint sie, sie könne sie ja vorher schon durch Berühren beschmutzt haben. Sie fürchtet eben sowohl die Sachen zu verunreinigen, als umgekehrt, durch sie beschmutzt zu werden. Sie hält die Hände in die Luft, um nicht an ihr Kleid zu kommen, weil sie es einmal mit schmutzigen Händen angefasst habe. Sie besicht immerfort ihre Finger und wäscht sich öfter als stündlich, zuweilen alle Viertelstunden und kann kaum aufhören damit. Nach dem Waschen fühlt sie sich ruhiger. Die ärgste Pein macht ihr der Stuhlgang. Noch im Bade befindlich, muss sie sich schon wieder die Hände waschen. Eine Stickerei, welche sie angefangen hat, will sie nicht vollenden, weil sie fürchtete, sie schmutzig gemacht zu haben und sie deshalb nicht berühren will. Häufig fragt sie die Mutter, ob sie Gegenstände, welche sie berührt hat, noch weiter anfassen kann, oder sie fragt auch z. B.: „Ich habe die Lampe angefasst, darf ich jetzt auch das Brod anrühren?“

Dieser Fall scheint mir dem zweiten des Herrn von Jastrowitz zu entsprechen, und beweist wohl im Sinne von Legrand du Saulle die allmälichen Uebergänge jener eigenthümlichen Denkanomalien; doch sind Zwangsvorstellungen im eigentlichen Sinne bei ihm nur im Anfange beobachtet. Was den Fall des Herrn Mendel anlangt, so kann man ihn wohl zu den Zwangsvorstellungen rechnen; doch fällt er noch, ich möchte sagen, in das physiologische Gebiet. Es ist nur ein länger als gewöhnlich dauernder und vielleicht etwas intensiver Zustand der Unsicherheit, wie Jeder sie häufig an sich beobachten kann. Wir führen eine Menge Handlungen durch Gewohnheit so mechanisch und halb unbewusst aus, meist in unseren Gedanken dabei mit etwas anderem beschäftigt, dass wir nachher nicht die bestimmte Erinnerung haben, ob wir sie wirklich gethan haben oder nicht, z. B. das Zuriegeln einer Thür, das Auslöschen eines Lichtes u. dgl. m. Durch die Unsicherheit entsteht auch eine Art von Unruhe, aber ein kräftiges Ueberlegen führt meist zur Ueberzeugung und Beruhigung. Dass dieser Zustand bei seinem Freunde längere Zeit anhielt und von stärkerer Intensität war, erklärt sich durch die Erregung und Abspaltung, in der er sich befand, durch die Wichtigkeit der Sache u. s. w. Ich finde aber hierin einen Beweis für das, was ich vorhin gesagt habe, um das Auftauchen der Zwangsvorstellungen (nicht ihr beständiges Wiederkehren) zu erklären.

Herr Edel: Vor 10 Jahren habe er einen Herrn beobachtet, der, früher Gutsbesitzer, behauptete, dass alles unangenehme (Missernte etc.) auf dem Gute von ihm veranlasst sein könne. Er zog sich zurück, lebte als Rentier,

konnte aber die Vorstellung nicht los werden. Wenn irgend eine Epidemie aufrat, so hatte er die Vorstellung, dass er Schuld daran sei. Ja, es ging so weit, dass er, wie er erzählte, bei einer Epidemie in Breslau an das Medicinalcollegium schrieb, ob nicht irgend welche ursächliche Beziehung zu seiner Person vorliege. Der Mann war im Uebrigen nicht geisteskrank und tüchtig in seiner Geschäftsführung.

Herr Westphal: Er bedaure, dass die Discussion nicht in derselben Sitzung, in welcher er seinen Vortrag gehalten, zum Abschluss gebraucht sei, da er manches schon damals erledigt zu haben glaube. Wenn Herr Sander meine, die von ihm, Westphal, vorgetragenen Fälle seien nicht ganz rein, so möchte er bemerken, dass seine Darstellung grade auf diesen Fällen basirte, wenngleich er sie allerdings nicht alle ausführlich dargestellt. Sie waren so wie der von Sander mitgetheilte Fall, den er vollständig anerkenne. Was den Fall des Predigers betrifft, so habe er selbst darauf, als auf einen besonderen und nicht ganz dahin gehörigen, aufmerksam gemacht. Der Kranke R. sei allerdings eigenthümlich; aber das eigenthümliche beruhe doch nur auf seiner speciellen Anlage. Mit Hypochondrie möchte er die Fälle nicht in Verbindung bringen. Denn dazu gehört u. A. doch, dass das Individuum das für die Hypochondrie charakteristische hypochondrische Krankheitsgefühl habe. Er sondere sie deshalb ab, weil die betreffenden Persönlichkeiten davon ganz frei seien und ihrem Zustande sehr ruhig und unbefangen gegenüberstehen können; die namentlich bei längerer Dauer der Zwangsvorstellungen zu beobachtenden Gemüthsregungen (Befürchtungen, Angst u. s. w.) seien rein secundär, seien Folgen der Störung der Denkthätigkeit, haben aber nichts mit dem eigentlichen Ursprunge derselben zu thun und sind nicht die Grundlage und das wesentliche derselben. Was die Prognose betrifft, so sei er ganz missverstanden, er habe die Krankheit nicht für leicht erklärt, sondern habe gesagt, dass sie das ganze Leben bestehen könne. Es läge wohl eine Verwechslung vor mit seiner Bemerkung, dass die betreffenden Personen nicht in schwerere Formen psychischer Krankheit verfallen, nie die Wahnsinne „Verrückter“ bekommen. Herrn Jastrowitz erwiedere er, dass er erwähnt habe, dass die Vorstellung zuweilen nur eine ist, zuweilen aber mit anderen wechsle, dass aber doch das Wesen in beiden Fällen gleich sei. — Noch ist zu bemerken, dass der Begriff „Zwangsvorstellung“ von einigen noch in anderem Sinne gebraucht worden ist, als er ihn hier brauche. Er habe das Wort nur in dem Sinne der angegebenen Definition angewendet. Auch möchte er noch einmal betonen, dass die Vorstellung wohl durch eine Gemüthsbewegung eintreten kann, aber dass er daran festhalte, dass die erste krankhafte Erscheinung eine aufsteigende primäre Vorstellung ist, die der Betreffende nicht wieder los wird. Angstgefühle sind, wie gesagt, erst secundär. Wenn Herr Sander meinte, dass einzelne der angeführten Fälle nicht rein wären, so ist er vielleicht dadurch getäuscht worden, dass einzelne verkehrte Handlungen begingen, den Vorstellungen entsprechend. Er habe aber gesagt, dass man unterscheiden könne Fälle mit so zu sagen rein theoretischen Vorstellungen.

schen Vorstellungen und solche, bei denen die Tendenz zur Handlung gleich von vorn herein mit gegeben ist.

Herr Sander: Er wolle nur noch in Betreff der Hypochondrie bemerken, dass ein Krankheitsgefühl doch wohl vorhanden sein müsse, da die betreffenden Personen sich meist selbst an den Arzt, ja sogar an den Irrenarzt wenden und damit wohl zur Genüge zeigen, dass sie sich ihrer geistigen Functionen wegen Sorge machen. Hiermit wurde die Discussion geschlossen.

Herr Leyden sprach: Ueber experimentell erzeugte Rückenmarkssclerose und die Ausgänge der acuten Myelitis.

Der Vortragende weist zunächst darauf hin, dass man Sclerose (speciell die Sclerose des Rückenmarks, wovon ausschliesslich hier gehandelt werden soll) zwar fast ausnahmslos zu den chronischen Processen gezählt und von vielen Autoren (so auch von dem Vortragenden selbst) als chronisch entzündlicher Vorgang bezeichnet ist, dass aber die Ansichten hierüber doch keineswegs allseitig übereinstimmen, und dass namentlich die Frage, ob jede chronische Rückenmarksentzündung als Sclerose bezeichnet werden, und ob die Sclerose aus der acuten Myelitis hervorgehen könne, nichts weniger als entschieden sei. Von den anatomischen Ausgängen der acuten Rückenmarksentzündung sei überhaupt nicht viel bekannt, da solche Kranke entweder frühzeitig, d. h. in voller Entwicklung des acuten Stadiums sterben, oder, wenn sich der Verlauf in die Länge zieht, der Beobachtung verloren gehen. L. stellte sich daher die Aufgabe, dieser Frage experimentell näher zu treten und zu erforschen, welche anatomischen Folgezustände sich aus der acuten Myelitis entwickeln und ob unter diesen auch die Rückenmarkssclerose aufzufinden sei.

Die Versuche schliessen sich an die von dem Vortragenden schon früher angestellten und in der Klinik der Rückenmarkskrankheiten publicirten Untersuchungen über acute Myelitis an. Durch Injection von einigen Tropfen Sol. arsen. Fowl. in das Rückenmark von Hunden (in der Regel wurde der obere Theil der Lendenanschwellung gewählt) konnte eine intensive und ziemlich ausgedehnte acute Myelitis erzeugt, und die charakteristische anatomische Läsion in allen Stadien und Intensitäten erzeugt werden. Die meisten dieser Thiere, welche vollkommen paraplegisch waren, starben nach Verlauf von wenigen Tagen bis höchstens zwei Wochen. Eins derselben aber, nachdem es mehrere Wochen in grosser Gefahr gelebt hatte, Decubitus, Ausfall der Haare u. a. m. dargeboten hatte, fing nach einiger Zeit an, sich zu erholen, und endlich in einen relativen Gesundheitszustand überzugehen, in welchem es vortrefflich gedieh. Dabei blieb es total paraplegisch, die Muskeln der Hinterextremitäten abgemagert, in Contractur, aber von einem außfällig reichlichen Fettpolster bedeckt. Dieses Thier wurde nach Verlauf eines vollen Jahres getötet und das Rückenmark sowie Nerven und Muskeln untersucht. Letztere boten die hochgradigste Lipomatose, die Nerven chronische atrophische Neuritis. Das Rückenmark war an der Stelle der Verletzung selbst in eine dünne, aber sehr fibröse Narbe verwandelt; oberhalb dieser Stelle zeigte es in der Ausdehnung von fast 3 Ctm. mit einer nach

oben abnehmenden Intensität sehr interessante Veränderungen, welche durch ihre Beziehungen zu den in den andern Fällen genau beobachteten acuten Stadien, sowie durch ihre Beziehungen zur Sklerose von Wichtigkeit sind. Machte man nämlich in den oberen Partien dieser Alteration einen Querschnitt, so bot derselbe die grösste Aehnlichkeit mit dem makroskopischen Aussehen der Sklerose dar. Er war bei guter derber Consistenz von einer durchscheinenden, exquisit graurothen Beschaffenheit, welche fast den ganzen Querschnitt einnahm und nach der Mitte zu mehrere kleine Inseln weisser Marksubstanz erkennen liess. Die graue Substanz war in ihrer Zeichnung etwas verwischt, doch erkenntlich. Die verdickte Pia hing der degenerirten Marksubstanz fast überall abnorm an. Ein Querschnitt in der untersten Partie dieser Erkrankung zeigte etwas andere Verhältnisse: nämlich in der Mitte eine von lockrem maschigen Gewebe ausgefüllte Höhle, umgeben von einem derben Mantel grau degenerirter Substanz, weiche ebenfalls noch einzelne kleine Inseln von Marksubstanz erkennen liess. Zwischen beiden Stellen ergaben die Querschnitte Uebergangsstadien, indem die cystische Erweichung der centralen Substanz kleiner war, sich nur auf das eine graue Vorderhorn beschränkte, während das andere theilweise durch eine verdünnte, rareficierte lockere Bindegewebsmasse ersetzt erschien. Mikroskopisch zeigte sich die grau degenerirte Masse durchaus von analoger Beschaffenheit, wie die Sklerose oder graue Degeneration, welche aus den Untersuchungen erkrankter menschlicher Rückenmarke genügend bekannt ist. Sie bestand wie diese, aus einem derben Fasernetz von bindegewebiger Structur, in welchem zerstreute ovale Kerne und einige sternförmige Zellen lagen, und in welchem hier und da einzelne oder zu kleinen Gruppen vereinigte Nervenfasern von sehr ungleichem Durchmesser eingebettet waren. Einige dieser Nervenfasern waren besonders gross, so dass sie an das blasige Ausschen acuter Myelitis erinnerten. An einzelnen Stellen wareu die Achsenzylinder der noch erhaltenen Fasern hypertrophisch und glänzend, wie dies auch bei der Sklerose des Menschen gefunden ist. Die Uebereinstimmung mit der Sklerose oder „grauen Degeneration“ ist also eine evidente, nur fehlten die Corpora amyacea und die Körnchenzellen. indessen bilden dieselben auch keinen constanten Befund bei der menschlichen Sklerose. können daher als wesentlich nicht angesehen werden. (Diese Beschreibung wird durch Abbildungen erläutert.)

In einem zweiten Experimente wurden einem Hunde zu zwei verschiedenen Perioden, zuerst in der oberen, 3 Monate später in der unteren Brustgegend einige Tropfen verdünnter Solutio Fowleri eingespritzt. Die Folgen der ersten Operation waren sehr vorübergehend, nach der zweiten bestand einige Tage vollkommene Paraplegie, welche sich aber bereits nach 4 Tagen zu bessern begann; sehr bald lernte der Hund wieder laufen, knickte aber noch längere Zeit leicht mit dem linken Beine um; in der letzten Zeit war nur bei sehr aufmerksamer Beobachtung eine leichte Unsicherheit dieses Beines bemerkbar. Dieses Thier wurde sechs Monate nach der zweiten Operation getötet. Die Operationsstellen, durch die Knochenverletzung erkenntlich, zeigten Adhäsion der Häute, aber am Rückenmarke selbst weder Verän-

derungen der Consistenz noch der Dicke. An der obersten Stelle war auch auf dem Querschnitt keine Abnormität wahrnehmbar; nur nach der Erhärtung war, wie ich gleich bemerken will, eine ziemlich peripher gelegene schmale Zone von degenerirter Substanz im Seitenstrange nachweisbar, welche anatomisch vollkommen dem zweiten Herde entsprach, nur von geringerer Intensität war; ich übergehe daher eine genauere Beschreibung. Der unteren Operationsstelle entsprechend liess sich schon am frischen Rückenmarke ein sklerotischer Herd erkennen von $\frac{1}{2}$ Ctm. Höhe, der hinteren Peripherie näher gelegen, einen erheblichen Theil der linken Rückenmarkshälfte einnehmend. Auf dem Querschnitte ergab sich hierbei bei sehr guter Consistenz eine gleichmässig graurothe, durchscheinende Beschaffenheit, welche nach der Mitte zu mehr weisslich wurde und ohne scharfe Grenze in die normale weisse markige Beschaffenheit der rechten Rückenmarkshälfte überging. Auch nach der Erhärtung in chromsaurem Ammoniak sowie nach der Carminfärbung der Schnitte zeigten diese Stellen ganz dieselben Eigenschaften wie die Sklerose; mikroskopisch erwies sich ein zierliches maschiges Netzwerk, vollkommen analog der grauen Degeneration, von einigen zerstreuten, restirenden markhaltigen Nervenfasern durchsetzt. Dieser Herd erstreckte sich nicht bis in die graue Substanz der Vorderhörner, hatte nur das linke Hinterhorn nebst Wurzel und den linken Hinterstrang in sein Bereich gezogen und bot hier vollkommen das Aussehen der grauen Degeneration dar; nur hatten einige Nervenfasern einen sehr grossen Durchmesser und bewirkten ein fein blasiges Aussehen, wie solches übrigens auch gelegentlich bei der grauen Degeneration der Tabes gefunden wird. (Auch diese Beschreibung wird durch Zeichnungen erläutert.)

Durch diese Experimente ist der Beweis geführt, dass eine der Sklerose vollkommen entsprechende anatomische Läsion experimentell erzeugt werden kann und sich aus den Vorgängen der acuten Myelitis entwickelt. Die Sklerose stellt also den einen Ausgang der acuten Myelitis oder aber eine chronische Myelitis dar. Sie entwickelte sich aus denjenigen Alterationen der acuten Myelitis, welche nicht die grösste Intensität hatten, in specie nicht mit einem wirklichen Zerfall der Substanz verbunden gewesen waren. Diese Partien vielmehr, welche zerstört und zerfallen waren, behielten den Defect bei und waren schliesslich zu einer Art Cyste geworden, durchzogen von grobmaschigen Bindegewebs- und Gefässzügen. Derartige Cysten als Ausgänge eines zerfallenden Erweichungsherdes sind im Gehirn genügend, im Rückenmark weniger bekannt, indessen sind sie hier auch, namentlich in Folge von traumatischen Erweichungen, beobachtet und vom Vortragenden selbst beschrieben. Auch eine kleinere Cyste im Vorderhorn hat der Vortragende beschrieben. Als ein geringerer Grad des Defectes ergiebt sich eine rareficierte atrophische Stelle, wovon ebenfales Analogien beim Menschen bekannt sind.

Die Beobachtungen am Menschen stehen mit dem Ergebniss dieser Versuche vollkommen im Einklange, dass nämlich die Sklerose sich entweder als schleichende chronische Myelitis entwickelt oder aus acuteren Processen hervorgeht, jedoch solchen, welche nicht zu wirklichen Erweichungen geführt haben. Wir wissen bereits, dass mehrere Processe, welche nach Art einer

acuten Myelitis begannen, nach Jahre langem Bestehen den Befund der Sklerose ergaben, z. B. Rückenmarkserkrankungen nach Typhus. Ebstein fand in einem Falle jener eigenthümlichen Form von Ataxie und Sprachstörung, wie sie Westphal nach den Pocken (und Typhus) schilderte, nach Jahre langem Bestehen Sklerose, welche also aus einem acut entwickelten Processe hervorgegangen war. Auch nach traumatischer Myelitis, die lange Zeit bestanden, findet man Residuen, welche der Sklerose sehr ähnlich sind. Von besonderem Interesse für diese Frage sind solche Krankheitsbeobachtungen, wo sich eine chronische Rückenmarkskrankheit aus mehreren Schüben zusammensetzt, und der Patient kurz nach einem solchen acuten Schube zur Autopsie kommt. Einen solchen seltenen und interessanten Fall beobachtete der Vortragende. Die Einzelheiten des Verlaufs, der sich aus 3 Schüben (innerhalb 2 Jahre) zusammensetzte, können hier übergegangen werden.

Die Untersuchung des Rückenmarks p. m. ergab eine tiefe Erkrankung des Lendenmarks, und zwar konnte man in demselben deutlich 3 Stadien unterscheiden. Als älteste fand sich im linken Seitenstrange eine sehr derbe, fast narbige Stelle, welche ein oblitterirtes und mit Pigmentgranulationen bedecktes Gefäss einschloss.*.) Als zweites Stadium finden wir eine exquisite Sklerose, welche den grössten Theil der linken Rückenmarkshälfte einnimmt, nud zum Theil auf den rechten Vorderstrang übergreift; endlich als drittes ganz frisches Stadium eine acute Myelitis der rechten Hälfte mit exquisit blässiger Beschaffenheit. Quellung der Achsenzylinder und reichlicher Entwicklung von Körnchenzellen. Auch diese Beobachtung erlaubt den Schluss, dass sich die Sklerose der linken Partie aus denselben Veränderungen entwickelt habe, welche jetzt die rechte Hälfte darbietet.

Zum Schluss fasst der Vortragende die Ergebnisse dieser seiner Untersuchungen in folgendem Satze zusammen:

Die Rückenmarks-Sklerose kann sich aus der acuten Myelitis entwickeln und ist als Ausgang der Myelitis oder als chronische Myelitis aufzufassen. Gerade die Form der disseminirten oder diffusen (herdförmigen) Sklerose entspricht dem typischen Bilde von chronischer Myelitis. 2. Als fernere Ausgänge der acuten Myelitis sind noch zu nennen: a) die Bildung kleinerer Cysten, b) kleine Herde rareficerter Substanz, c) Gefässobliteration mit derber sklerotischer Schrumpfung.

Dieser Befund der oblitterirrenden Arteritis lässt den vorliegenden Fall als syphilitische Myelitis auffassen, was mit der Aetiologie (die Pat. war Puella publica und notorisch syphilitisch gewesen) vollkommen übereinstimmt. Untersuchungen von ganz unzweifhaft syphilitischer Myelitis liegen meines Erachtens kaum vor, da selbst die Fälle von Mason nichts Charakteristisches haben.

Sitzung vom 7. Mai 1877.

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

Anwesend als Guest:

Herr Dr. Tschatskin aus Odessa.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Herr von Chamisso trägt ein Gutachten über einen des Mordes Angeklagten vor, bei welchem der Vorgutachter einfache Trunkenheit angenommen hatte, während der Vortragende als Referent des Medicinalcollegium's einen pathologischen, als Tobsucht verlaufenden Rausch bei Alkoholismus nachweist.

Herr Westphal: Der Fall liege jetzt der wissenschaftlichen Deputation zur Abgabe eines Superarbitriums vor, und er hätte deshalb, wenn er gewusst, dass es sich um diesen Fall handle, den Vortragenden ersucht, die Besprechung desselben lieber auf eine spätere Zeit zu verschieben. Er könne deshalb auch auf den Fall selbst hier nicht eingehen, möchte aber bei dieser Gelegenheit im Allgemeinen darauf hinweisen, dass, wenn Trunkenheit angenommen wird, dann der Fall überhaupt nicht dem ärztlichen sachverständigen Urtheil unterliegt. Wenn im Gesetze von keankhafter Störung der Geistesfähigkeit die Rede ist, so entsteht die Frage, ob Trunkenheit dazu gerechnet werden kann, und diese Frage ist durch die Motive zum Strafgesetzbuche entschieden, welche ausdrücklich besagen, dass die Zustände der Trunkenheit nicht dazu gehören. Wenn also ein Sachverständiger der Ansicht ist, dass eine That in der Trunkenheit begangen sei, dann hat er, wie gegenwärtig die Dinge liegen, einfach die krankhafte Störung der Geistesfähigkeit abzuweisen. Dass dies auch vom psychiatrischen Standpunkt aus richtig sei, wolle er nicht behaupten. Der Gegenstand bedürfe einer erneuten gründlichen Discussion, und es empfehle sich, ihn einmal in nächster Zeit auf die Tagesordnung zu setzen.

Herr Mendel glaubt, dass, wenn diese Anschauung allgemein angenommen würde, wir dann in dieselbe Verlegenheit wie die Franzosen kommen würden, die die Trunkenheit auch nicht als besonderen Entschuldigungsgrund aufgeführt hatten und schliesslich sich veranlasst sahen, diesebe direkt als démence passagère aufzunehmen unter die Entschuldigungsgründe. Er möchte glauben, dass die Trunkenheit als solche nicht direkt zur Beurtheilung kommt, aber jede erhebliche Trunkenheit setze einen Zustand von Bewusstlosigkeit, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen sei, womit die For-

derung des Gesetzes erfüllt sei. Er könne sich also der Meinung nicht anschliessen, dass die Aerzte sich abhalten lassen sollten, die Trunkenheit unter jene Zustände zu rechnen.

Herr Westphal: Die Bewusstlosigkeit würde im vorliegenden Falle schwer zu erweisen seien.

Herr von Chamisso: Er wolle nur darauf hinweisen, dass er in dem vorliegenden Falle den Zustand nicht als einfache Trunkenheit angesehen habe, sondern mehr als chronischen Alkoholismus, der einmal in einer Art von transitorischer Manie explodirte.

Hierauf wurde dieser Gegenstand verlassen, und wandte sich die Gesellschaft der noch ausstehenden Discussion über den Vortrag des Herrn Leyden über experimentell erzeugte Sklerose des Rückenmarks zu.

Herr Westphal: Herr Leyden habe, wenn er ihn recht verstanden, acute Entzündungsherde im Rückenmark erzeugt und nach längerer Zeit Veränderungen wie bei der Sklerose gefunden, woraus er den Schluss zog, dass die Sklerose ihren Ausgangspunkt von einer acuten Myelitis nehme. Gegen die Thatsache liesse sich nichts einwenden, aber gegen den Schluss. Es giebt nämlich gewisse Zustände im Rückenmark, deren anatomische Beschaffenheit ganz analog denen ist, welche man bei der Sklerose finde, und von denen man kaum sagen könne, dass sie einer Entzündung ihren Ursprung verdanken. Bekannt sind die Zustände absteigender Degeneration, u. a. der Seitenstränge. Sie ist ausgezeichnet durch die Bildung von Fettkörnchenzellen. Es kommt aber bei Fällen, in denen das Leben lange erhalten blieb, vor, dass diese absteigende Degeneration vollständig das Bild einer Sklerose (graue Degeneration) darbietet. keine Fettkörnchenzellen zeigt, sondern derbes fibrilläres Bindegewebe, Schwund der Nervenröhren und makroskopisch die graue durchscheinende Beschaffenheit, also nicht zu unterscheiden von der primären grauen Degeneration. Einen solchen Fall dieser Art habe er vor längerer Zeit untersucht. In solchen Fällen dürfte man kaum berechtigt sein, von einer Entzündung zu sprechen. Ebenso wenig kann man wohl bei den gewöhnlichen früheren Stadien der secundären Degeneration sagen, dass es sich um Entzündung handle. Er glaube ferner behaupten zu müssen, dass aus der Thatsache, dass ein acut myelitischer Herd (künstlich erzeugt) später die Beschaffenheit der Sklerose zeige, nicht gefolgert werden dürfe, jeder sklerotische Herd sei ursprünglich ein acut myelitischer gewesen, und nicht ohne Weiteres eine Identität des Beginns des Proesses angenommen werden dürfe, wenn auch das schliessliche anatomische Bild dasselbe. Was nun das Verhältniss der chronischen sogenannten Fettkörnchenzellen-Myelitis zur Sklerose (graue Degeneration) anlangt, so glaube er auch, dass es sich um Dinge handele, die nahe verwandt sind, und dass in der That die graue Degeneration ihren Ausgangspunkt nimmt von einer chronischen Myelitis, doch möchte er dafür ein anderes Argument beibringen. Aus einigen Zeichnungen, welche er hier vorlegen kann, ersehe man, dass beide Processe in einer Weise neben einander vorkommen, dass man den Schluss ziehen kann, dass die chronische Körnchenzellen-Myelitis nur ein früheres Stadium der grauen Degeneration darstellt.

Der betreffende Fall stellte sich klinisch und anatomisch als graue Degeneration der Hinterstränge dar, aber an der Peripherie des grauen degenerirten Keils bestand das Bild der chronischen Myelitis, der graue degenerirte Keil war umsäumt von einer Zone Fettkörnchenzellen und Verdickung der Bindegewebssbälkchen. Bei dieser Gelegenheit wolle er noch kurz aufmerksam machen auf ein gleichzeitiges Vorkommen der grauen Degeneration und der chronischen Körnchenzellen-Myelitis in verschiedenen Strängen des Rückenmarks. Es giebt Erkrankungen des Rückenmarks, bei denen die hinteren Stränge graue Degeneration und die Seitenstränge Fettkörnchen-Myelitis zeigen; nie dagegen habe er das umgekehrte gesehen, während graue Degeneration der Seitenstränge mit der hinteren wohl vorkommt.

Herr Leyden: Die Beobachtungen, die ich vorgetragen habe, sollen weder zu dem Schlusse führen, dass jede Sklerose chronische Entzündung ist, noch zu dem, dass jede acute Myelitis in Sklerose übergeht. Ich glaube auch nicht, das direct gesagt zu haben, und wenn dieser Gedanke zwischen den Zeilen zu lesen wäre, so wäre der Einwurf nicht unberechtigt. Die Frage der chronischen Entzündung und der Degeneration ist schwer zu entscheiden, und ich halte es für ebenso berechtigt zu sagen, jede Sklerose ist Entzündung, wie zu sagen, ein Theil der Sklerose ist nicht Entzündung, sondern secundäre Degeneration. Ich kann die Bemerkung des Vorredners bestätigen und habe es, glaube es, auch gesagt, dass die Fettkörnchenzellen in Sklerose übergehen. Aber auch jene Bezeichnung als Entzündung ist nicht ganz unrichtig. Es ist immer noch schwer zu verstehen, wie die Entwicklung von Fettkörnchenzellen zu Stande kommt. Man kann sie wohl vergleichen mit der Entwicklung von Fett in atrophischen Muskeln, aber der Vergleich ist nicht ganz zutreffend. Ich halte also den Process für einen, der schwer zu beurtheilen ist. Es ist nicht unmöglich, ihn mit Türck als einen chronisch absteigenden Reizungsprocess zu bezeichnen, der sich nach der Function ausbreitet. Noch eine Bemerkung über einen Punkt, von dem ich nicht weiß, ob ich Herrn Westphal recht verstanden. Er scheint die Körnchenzellen-Myelitis als chronische Entzündung anzusehen. Ich betrachte sie aber als acute oder subacute. Es sind frische Processe, wenn sie auch schleichend ablaufen können. Als chronischen Process betrachte ich die Sklerose, wie die Cirrhose, die interstitielle Atrophie der Nieren. Die von mir vorgetragenen Beobachtungen beweisen also nur, dass die Sklerose aus einer acuten Entzündung hervorgeht, wenn dieselbe längere Zeit bestanden hat, und dass die Sklerose als Product einer chronischen, lange Zeit bestehenden Entzündung zu betrachten ist.

Herr Westphal: Er betrachte diese degenerativen Processe (auch die Bildung der Fettkörnchen-Zellen) allerdings nicht als acute, sondern grade als chronische. Als unterscheidendes Merkmal zwischen acuter und chronischer (durch Bildung von Fettkörnchen charakterisirter) Myelitis betrachte er u. a. die starke Hyperämie und Erweiterung der kleinsten Gefässe. Bei den acuteren Proceszen im Rückenmark sieht man das oft schon makroskopisch an der veränderten Farbe, und ebenso kann man es mikroskopisch constatiren. Finde man aber Fettkörnchenzellen im interstitiellen Gewebe und keine abnorme

Gefässfüllung und Erweiterung (resp. Hämorrhagie), so spreche er von chronischen Prozessen. Es ist jedenfalls zweckmässig, sich darüber zu verständigen.

Herr Leyden kann dem nicht ganz beistimmen. Eine Gefässüberfüllung im Rückenmark halte er selbst bei kleineren Gefässen für zufällig. Wenn z. B. Quellung stattfindet, werden Gefässer comprimirt. Dagegen bei Lage der Leiche auf dem Rücken sieht man die Gefässer gefüllt. Wenn er dagegen geltend mache, dass alle acuten Prozesse nachweislich zwei Veränderungen setzen: 1. Quellung der Zellen und Axencylinder, und 2. die reichliche Entwicklung von Fettkörnchenzellen, so ist ein bestimmtes Zeichen gegeben. Z. B. bei frischen Degenerationen findet man in den aufsteigenden Partien reichliche Entwicklung von Körnchenzellen, bei älteren werden diese seltener, es tritt Schrumpfung ein, und wenn der Process Jahre lang besteht, ist die Veränderung von Sklerose nicht zu unterscheiden. Beim Hunde war dies schneller vorgegangen, da eine einmalige Verletzung vorhanden war; beim Menschen entwickelt der Process sich langsamer, aber nach einigen Jahren ist das Endproduct nicht von Sklerose zu unterscheiden, so nach Hirnkrankheiten und nach der Kinderlähmung. Es sind ja Uebergänge vorhanden, wie ja ein chronischer Process sich leicht aus acuten Schüben zusammensetzen kann. Das ist namentlich bei Compressions-Myelitis der Fall; sie zeigt längere Zeit Charaktere, welche der acuten Myelitis zukommen, aber man sieht dann auch, dass sie sich aus Schüben zusammensetzt, deren einer schliesslich tödtet. Am schwierigsten sind die Fälle, welche der Bulbärparalyse und progressiven Muskelatrophie angehören. Da ist fettige Degeneration der Nervenfasern und Körnchenzellen-Entwickelung in den hinteren Seitensträngen vorhanden. Aber wenn sie lange Zeit bestehen, so werden sie seiner Ansicht nach zur Sklerose der Seitenstränge. Diese fand er in Fällen, welche lange Zeit gedauert hatten, in anderen waren allerdings Fettkörnchenzellen vorhanden.

Herr Westphal: Er möchte nur auf den Hauptpunkt noch ein Mal zurückkommen, was hier als acut und was als chronisch zu bezeichnen sei. Es ist dies eine schwierige Frage und er habe u. a. die Gefässzustände hiefür als massgebend betrachtet, wobei er bemerke, dass er eine Verwechslung mit der Blutfülle durch die Rückenlage wohl vermeide. Was den Umstand betrifft, dass die secundäre Degeneration sich oft schnell entwickelt, so folgt daraus nicht, dass sie sich nicht langsam entwickeln kann. Darauf käme es aber an. Direct beobachten können wir es nicht, aber erschliessen nach den klinischen und anatomischen Erscheinungen. Wie dem auch sei, er glaube, man muss sich über die Bezeichnungsweise einigen; denn gegenwärtig ist eine Verständigung schwer, namentlich muss man sich einigen, ob man die klinischen oder anatomischen Erscheinungen als massgebend ansieht.

Herr Leyden: Im Wesentlichen bin ich damit einverstanden. Meine Ansicht möchte ich dahin präzisiren, dass ich als eigentliche chronische Myelitis das bezeichne, was man als heerdweise oder multiple Sklerose bezeichnet hat. Das giebt den Vortheil der klinischen Betrachtung, denn ich glaube zeigen zu können, dass sie in ihrer Verbreitung so viel Analogien mit der Myelitis

zeigt, als ein acuter Process mit einem chronischen haben kann. In Betreff der strangförmigen (fasciculären) Sklerosen, so rechne ich sie auch zur chronischen Entzündung, halte aber eine Entscheidung darüber, ob sie als chronische Entzündungen oder Degenerationen zu bezeichnen sind, für weniger wichtig, da ein bestimmtes Kriterium der Differenz zwischen Degeneration und chronischer Entzündung sich nicht wohl aufstellen lässt.

Sitzung vom 4. Juni 1877.

In Abwesenheit des Herrn Westphal übernimmt

den Vorsitz: Herr Skrzeczka.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Anwesend als Guest:

Herr Dr. von den Steinen.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des Herrn Dr. Küssner in Halle, in welchem derselbe für die Ernennung zum auswärtigen Mitgliede seinen Dank ausspricht.

Herr Sander: Ueber einen Fall von Idiotismus. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über Idiotismus weist der Vortragende auf die mit halbseitiger Lähmung und Atrophie verbundenen Fälle von Idiotie hin. In einem derartigen Falle fand sich eine Höhle in der Marksustanz der entgegengesetzten Hirnhemisphäre, welche rückwirkend eine Verkleinerung der Centralwindungen zur Folge gehabt hatte. Es ergab die Autopsie ferner Kleinheit des Hirnschenkels, der Brücke, des Kleinhirns und der Pyramide derselben Seite, auf welcher sich die Höhle im Centrum semiovale befunden hatte. Der Vortrag wird ausführlich publicirt werden.

Herr Remack macht darauf aufmerksam, dass zu der durch den Befund des Herrn Vortragenden über Atrophie der Centralwindungen bei alter spinaler Kinderlähmung aufgeworfenen Frage, in wie weit Degenerationen der grauen Vordersäulen secundär Atrophie der motorischen Corticalregion veranlassen, neuere Versuche vorliegen. Durch Vulpian, Dickson und neuerdings Genzmer ist festgestellt, dass Amputationen nach Jahren Atrophie der gleichseitigen Vordersäule der Cervical- oder Lumbarlanschwellung zur Folge haben. Pitres hat nun untersucht, ob derartige bei jungen Thieren durch Amputation experimentell verursachte spinale Atrophien, welche er bestätigen konnte, Atrophie der motorischen Corticalregion der entgegengesetzten Hemisphäre herbeiführen und diese Vermuthung nicht bestätigt gefunden. Es bliebe daher vielleicht noch die Frage offen, ob die Corticalatrophien immer wirklich secundär sind, oder ob sie nicht etwa in gewissen Fällen der spinalen Kinderlähmung die Primäraffection wären.

Herr Sander: Die letztere Frage sei gewiss gerechtfertigt, aber für eine Lösung derselben liege wohl das Material noch nicht vor. Auf die Literatur weiter einzugehen, habe er sich absichtlich enthalten, um den Vortrag nicht zu umfangreich werden zu lassen. Er könne aber die angeführten Experimente bei dieser Gelegenheit nicht als massgebend ansehen. Es sei ja eine so bedeutende Differenz zwischen der Thätigkeit einer menschlichen Extremität und der jedes, auch des geschicktesten Thieres grade in denjenigen Beziehungen vorhanden, welche wir doch mit den, kurz gesagt, „psychomotorischen Centren“ (wenn man überhaupt solche annehmen will) in Verbindung bringen müssten, dass eine Rückwirkung auf sie durch den Verlust einer Extremität bei Thieren sichtbar werden kann. Wenn er übrigens auf die Literatur eingehen wolle, so muss er vor allem des eigenthümlichen Befundes bei einem Hunde gedenken, welcher zufällig von Carville und Duret entdeckt wurde, und welcher dem vorgetragenen Falle fast analog gewesen. Diese Autoren fanden bei Gelegenheit von Experimenten über die Erregbarkeit der Hirnrinde eine Hündin, bei der die Reizung der Stirnwindungen einer Seite ganz unwirksam war. Die Autopsie ergab auf dieser Seite einen ausgedehnten Erweichungsheerd in der weissen Substanz unterhalb der Stirnwindungen, so dass diese von den weiter abwärts gelegenen Theilen abgeschnitten waren. Das Thier hatte aber während des Lebens keine motorischen Störungen gezeigt. Auch in diesem Falle fand sich Atrophie des Hirnschenkels, der Brücke und der Pyramide derselben Seite.

Eine weitere Discussion schloss sich an diesen Gegenstand nicht an.

Herr Wernicke demonstriert im Anschluss an einen in der Sitzung vom 7. Februar 1876 gehaltenen Vortrag den Sectionsbefund seines damals mitgetheilten Falles von Beschränkung der associirten Augenbewegungen nach aufwärts und abwärts. Das Präparat zeigte Schrumpfung des rechten Seh- und Vierhügels in Folge einer alten Erweichungsnarbe, so dass sich die damals gegebene Localisation als richtig herausstellte.

Herr Sander machte darauf mit Bezug auf Publicationen von Lombroso, Pio Foà u. a. die Mittheilung, dass er eine mittlere Hinterhauptsgrube an dem Schädel eines paralytisch Geisteskranken gefunden habe, ohne dass in diesem Falle eine verbrecherisches Leben vorangegangen, und selbst ohne dass sich die Psychose in Beziehung zu diesem Befunde bringen lasse. Bei demselben Manne fand sich auch eine eigenthümliche Zeichnung auf dem Querschnitt der Pyramiden, besonders der linken, welche die Einsprengung von grauer Substanz hätte vortäuschen können, sich aber bei näherer Untersuchung als die Folge von querlaufenden Nervenfaserhündeln herausstellte. die zu den fibrae arciformes gehörig nicht um die Pyramiden herum, sondern durch dieselben zur Raphe verliefen.

Sitzung vom 9. Juli 1877.

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

Als Gäste anwesend:

Herr Dr. Laufnauer aus Pesth.
Herr Prof. Dr. Arndt aus Greifswald.

Herr Sander demonstriert ein Gehirn, dessen Gestalt in mannigfacher Weise, besonders auch durch eine Drehung des linken Hinterhauptlappens um die Längssaxe, von der Norm abweicht. — Eine Discussion schloss sich hieran nicht an.

Herr Westphal trug den Fall einer Frau vor, welche in einem melancholischen Angstanfall ihre Kinder tötete. Die forensische Beurtheilung des Falles bot manche Schwierigkeit, und es musste der Vortragende die Unzurechnungsfähigkeit der Kranken dem Urtheile eines anderen Sachverständigen entgegen feststellen*).

Derselbe gab einen Nachtrag zu der früher besprochenen als Kniephänomen bezeichneten Erscheinung. Das Fehlen derselben gehört zu den frühsten Erscheinungen der Tabes und kann daher im Anfange dieser Krankheit für die Diagnose, wenn diese sonst noch Schwierigkeiten bietet, von entschiedener Bedeutung sein. Auch bei weiter entwickelten Fällen der Tabes kann das Fehlen des Phänomens für die differentielle Diagnose von anderen Rückenmarkskrankheiten wichtig werden; ebenso bei paralytischen Geisteskranken, um die gleichzeitig an Tabes Leidenden zu unterscheiden. Andererseits existirt eine Gruppe von paralytischen Geisteskranken, bei denen das Kniephänomen excessiv gesteigert ist, ähnlich wie in den Fällen, welche man als Sklerose der Seitenstränge bezeichnet hat. Der Vortragende bittet besonders die Elektrotherapeuten auf diese Erscheinungen zu achten, um ihre Constanz festzustellen.

Herr Remak: Er könne das Fehlen des Phänomens bei Tabes, auch im Anfangsstadium, bestätigen; er möchte aber auch darauf aufmerksam machen, dass es gemischte Fälle giebt, in denen mit der Tabes noch Symptome, welche der Degeneration der Seitenstränge entsprechen, einhergehen. In solchen Fällen kann dann das Phänomen, welches vorher nicht vorhanden war, wieder

*) Der Fall ist in den Charité-Annalen III. Jahrgang (pro 1876) veröffentlicht.

aufreten. Erb habe dies in bereits in drei Fällen constatirt, in denen auch Rigidität eintrat. Er selbst beobachtet gegenwärtig in einem Falle ein ähnliches Verhalten.

Herr Westphal: Er habe diese Fälle absichtlich nicht erwähnt, weil sie noch zu dunkel seien; einiges der Art habe er wohl gesehen, aber die Annahme Remak's sei noch Hypothese.

Herr Bernhardt: Er habe noch in keinem Falle, den er für Tabes hielt, das Kniephänomen hervorbringen können und halte es deshalb auch für ein gutes Criterium. Er wolle aber eine andere Frage anknüpfen. Es giebt Leute, welche über die verschiedensten Rückenmarkssymptome klagen, bei objectiver Untersuchung aber keine abnormen Erscheinungen erkennen lassen, ausser, bei vorhandenen Kniephänomen, worauf es ihm ankomme, dem sehr ausgeprägten Fussphänomen. Da letzteres bei Gesunden nicht leicht hervorgebracht wird, so werde es in solchen Fällen zweifelhaft, ob nicht doch eine Affection vorhanden sei.

Herr Westphal: Es giebt Personen, neuropathische und andere, bei denen das Fussphänomen sehr leicht eintritt. Verschiedene Leute bekommen dieses Zittern, wenn sie sitzend die Fussspitze auf den Boden setzen. Es kann also bei einzelnen Leuten bei normalem Verhalten vorhanden sein.

Herr Jastrowitz fragt den Vortragenden, ob er eine Erklärung dafür wisse, weshalb bei Tabischen, auch wenn die Sensibilität nicht gestört ist, das Phänomen ausfällt.

Herr Westphal: Die Sensibilität sei ja seiner Ansicht nach bei dem Phänomen nicht betheiligt; er erkläre das Fehlen des Phänomens durch die eigenthümliche Schlaffheit der Musculatur, die man bei Tabischen findet. Es stehe, wie er glaube, mit dem Tonus der Musculatur im Zusammenhange, der bei Tabes herabgesetzt ist; deshalb entstehe auch durch die mechanische Erregung keine Contraction, wie sie bei erhöhtem Tonus schon bei leichter Erschütterung hervorgerufen wird. Im Anschluss hieran wolle er noch eine andere vor Kurzem beobachtete Thatsache mittheilen. Eine an rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie leidende Person bekam des Sonntags früh einen neuen Anfall von Bewusstlosigkeit, nach welchem auch die linken Extremitäten gelähmt und in Contractur waren. Zufällig war diese Kranke am Sonnabend vorher demonstriert und dabei gezeigt worden, dass auf der gelähmten (rechten) Seite das Knie- und Fussphänomen sehr exquisit, auf der damals noch gesunden Seite das Kniephänomen normal, das Fussphänomen gar nicht vorhanden war. Eine Stunde nach dem Anfall fand sich auf der frisch gelähmten linken Seite ein exquisites Fusszittern und das Kniephänomen bedeutend gesteigert. Eine derartige Beobachtung lasse sich natürlich nur selten machen.

Herr Senator: Er habe bei Tabischen auf das Phänomen geachtet und erst vorgestern bei einem noch frischen Falle das Fehlen desselben constatiren können, während erheblichere Sensibilitätsstörungen und Schwanken bei geschlossenen Augen nicht vorhanden waren. In diesem Falle, in welchem das linke Bein objectiv und subjectiv schlechter als das andere sein sollte,

fehlte das Kniephänomen links absolut und war rechts nur schwach hervorzu bringen. Darnach glaube er allerdings, dass es ein wichtiges diagnostisches Hülfsmittel abgeben werde.

Sitzung vom 5. November 1877.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Als Gäste anwesend:

Herr Dr. Joseph aus Landeck.

Herr Dr. Ewald aus Berlin.

Herr Dr. Sioli aus Berlin.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird vorgelesen und genehmigt.

Der Vorsitzende gedenkt hierauf des vor einigen Tagen verstorbenen Geh. Sanitätsrath Dr. Lohde, welcher der Gesellschaft seit ihrem Bestehen angehörte, und fordert die Gesellschaft auf, sein Andenken durch Erheben von den Sitzen zu ehren. Dies geschieht. Hierauf stellt

Herr Remak einen 31jährigen intelligenten Mann vor, bei welchem eine hereditäre Belastung insofern wahrscheinlich ist, als ein 23jähriger epileptischer Bruder anscheinend in einem Status epilepticus zu Grunde ging. Patient schreibt es einer starken Aufregung (Scandal mit einem Offizier) im Juni 1876 zu, dass sich ganz allmälig in der linken Hand eine Bewegungsstörung sntwickelte, so dass dieselbe zuerst im October desselben Jahres ihn beim Schreiben hinderte, indem er das Papier nicht festhalten konnte. Erst seit 4 Monaten verspürt er eine leichte Störung am linken Fuss und eine gewisse Behinderung der auch früher nicht sehr geläufigen Sprache. Er hat nie Anfälle von Schwindel oder Bewusstlosigkeit oder Krämpfe gehabt, auch ist eine Abnahme seiner psychischen Fähigkeiten nicht bemerkbar worden. Patient, etwas anämisch, ohne nachweisbare Störung der innern Organe, zeigt als auffälligstes Symptom ein eigenthümliches Bewegungsspiel der Finger der linken Hand, namentlich gut zu sehen, wenn dieselbe mit dem Rücken in gestreckter Stellung der Finger einer Unterlage aufliegt. Alsdann werden die Finger in ruheloser, schneller Aufeinanderfolge abwechselnd gebeugt und gestreckt, adducirt und gespreizt. Am meisten betheiligt sich an den Bewegungen der kleine und der vierte Finger, und nimmt allmälig die Hand eine Ulnar-adductionsstellung ein, so dass die Stellung im grossen und ganzen bei adducirenden Bewegungen des Daumens der durch elektrische Reizung des Ulnaris erzeugten Stellung entspricht. Entsprechend den Bewegungen sieht man ein fortwährendes Muskelspiel im Vorderarm und in den Interossei, jedoch keinerlei Bewegung in Oberarm und Schulter. Auch bei anderen Stellungen der

Hand treten die Bewegungen in entsprechnd modifirter Form auf. So sieht man bei aufliegender Vola klavierspielartige Bewegungen der Extensoren. Die Bewegungen nehmen zu, sobald die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt ist, stören im Einschlafen, so dass Patient die Hand unter dem Rücken festklemmen muss, scheinen aber im Schlafe aufzuhören. Bei willkürlichen Bewegungen der Extremität nehmen die Zuckungen nicht zu. Weder kommt es zu einer eigentlichen Ataxie noch zu choreatischem Schleudern. Nur hindern diese tremorartigen Bewegungen feinere Verrichtungen wie Knöpfen etc. Dabei besteht keinerlei Störung der motorischen Kraft und kein Zurückbleiben des Armes bei beiderseitiger Erhebung. Der Vorderarm ist nicht nur nicht hypertrophisch, sondern um 1 Cm. weniger umfangreich als der rechte (physiologisch). Es besteht keinerlei Rigidität und keine Spur einer Sensibilitätsstörung. Die elektrische Untersuchung, mit allen Cautelen angestellt, ergibt keine Abweichung von der gesunden Seite.

Am Gesicht beobachtet man bei ruhigem Verhalten ab und zu Zuckungen im Bereich des linken Facialis, meist im Gebiet des Sphincter palpebrarum, aber auch in den Backenmuskeln, welche zunehmen bei willkürlicher Innervation der Gesichtsmuskulatur, welche übrigens keinerlei Lähmungsscheinung im linken Facialis erkennen lässt. Noch stärker treten diese Zuckungen als Mitbewegungen beim Sprechen auf, so dass man bei der Langsamkeit der Sprache an die progressive Paralyse erinnert wird. Man überzeugt sich jedoch, dass weder eigentlich Articulationsstörung, noch Silbenstolpern besteht, sondern nur eine gewisse Langsamkeit der Sprache. Die beim Herausstrecken nicht deviirende Zunge zeigt einen leichten Tremor. Die Pupillen sind von mittlerer und gleicher Weite. Am Bein sieht man in geringerer Intensität als in der Hand leichtes Sehnenspiel der Flexoren und Extensoren der Zehen, ab und zu auch ruckartige Bewegungen im Fussgelenk, niemals Zuckungen im Oberschenkel oder höher. Auch hier besteht keine Hypertrophie, keine Lähmung der motorischen Kraft, keine Sensibilitätsstörung, keine Rigidität. Die Westphal-Erb'schen Phänomene fehlen an beiden Fussgelenken und sind am Knie beiderseits gleich. Nach längerem Gehen fühlt er eine gewisse Behinderung im linken Fusse.

Bei der Beschränktheit der sich wesentlich als ruheloses Muskelspiel charakterisirenden Störung auf die Extremitätenenden einer Seite war der Vortragende zuerst versucht, an eine Analogie mit dem von Hammond Athetose genannten Symptomencomplex zu denken, um so mehr, als in der deutschen Literatur anscheinend der seinigen analoge Beobachtungen als Athetose beschrieben worden sind, und namentlich der Fall von Bernhardt, welcher in Deutschland die Aufmerksamkeit auf diesen Symptomencomplex zuerst gelenkt hatte, in Bezug auf die Art der Bewegungen ähnlich gewesen zu sein scheine. Die anwesenden Herren Bernhardt und Ewald würden wohl Gelegenheit nehmen, die etwaige Uebereinstimmung oder Differenz der Bewegungen in ihrem und dem vorliegenden Falle nachher zu beleuchten. Er sei zu der Ueberzeugung gekommen, dass in der Literatur bereits sehr verschiedene Bewegungsformen als der Athetose zugehörig beschrieben seien, und dass

die ursprünglich von Hammond gegebene Schilderung dem vorliegenden Falle insofern nicht entspreche, als die Langsamkeit und Gewaltsamkeit der nur mit dem äussersten Widerstand zu bewältigenden oder aufzuhebenden Bewegungen von diesem Autor betont werde, in dessen Fällen es sich um epileptische Individuen mit hemiparetischen Erscheinungen handelte, bei denen übrigens keineswegs eine objective Sensibilitätsstörung bestand. Bernhardt hat dann die Analogie mit halbseitiger Chorea betont und den Symptomencomplex der Athetose mit den von Weir-Mitchell als Postparalytical chorea, von Charcot als Chorée posthémiplégique beschriebenen Choreaformen der Hemiplegiker in Beziehung zu bringen versucht, für welche Charcot die Coincidenz mit Hemianästhesie hervorhebt, und für welche er auf Grund von drei Obduktionsbefunden die anatomische Localisation im hinteren Theil des Thalamus opticus und des Corpus striatum sowie dem hinteren Theil der inneren Kapsel sucht. Charcot selbst hat sich dieser Bernhardt'schen Auffassung angeschlossen, indem er betont, dass die Bewegungsstörungen der Hemiplegiker sehr verschiedene Charaktere annehmen können, theils die der wirklichen Chorea, theils der Paralysis agitans, dass sie auftreten können in der Ruhe oder auch nur als Complication willkürlicher Bewegungen. Dagegen hat Ewald, dessen Fall einen Paralytiker betraf, dessen Zwangsbewegungen eine gewisse Analogie mit den hier vorliegenden gehabt zu haben scheinen, seinen ebenfalls Athetose benannten Fall von einer Rindenläsion des Schläfenlappens abhängig gemacht, welche Auffassung schon Eulenburg vertreten hatte. Aber weder sein Fall, noch der von Lauenstein, welcher einen Herd im Thalamus opticus fand, scheint wirkliche Athetose im engeren Sinne nach Hammond gewesen zu sein, wie das dem Vortragenden namentlich aus einer ein grosses Material von 18 eigenen Beobachtungen umfassenden Arbeit von Gowers hervorzugehen scheint, welcher ein ausführliches vorgelegtes Schema der posthemiplegischen Bewegungsstörungen aufgestellt hat, in welchem die Athetosis nur eine kleine Unterabtheilung bildet. Das ausführlich durchgegangene Schema umfasst allerlei Bewegungsformen, je nach ihrer Schnelligkeit, ihrem intermittirenden oder remittirenden Charakter, je nachdem sie continuirlich sind oder nur bei Bewegung auftreten, vom einfachen Tremor durch die Chorea und Incoordination und die continuirlichen langsamten mobilen Spasmen der Athetose hindurch bis zu der krampfartigen Incoordination der Bewegungen bei spastischer Hemiplegie der Kinder, und der variirenden oder permanenten tonischen Früh- und Spätcontractur. Seine ausführlichen Krankengeschichten lehren, dass in der That sehr verschiedene Bewegungsformen vorkommen, dass eine feste Beziehung zu Sensibilitätsstörungen in keiner Weise besteht, sondern von 10 Fällen, wo die Sensibilität näher untersucht wurde, in 6 Fällen keine Störung bestand, und dass auch Fälle vorkommen, wo Lähmungsscheinungen nicht bestehen. Unter diesen Umständen, glaubt der Vortragende, scheine es fraglich, ob es überhaupt gerechtfertigt wäre, einen besonderen Symptomencolumn der Athetose festzuhalten. Wenn man die vorkommenden halbseitigen unwillkürlichen Bewegungsformen durchmustere, so kann man von zwei Gesichtspunkten ausgehen, indem man entweder die Frage

so formulire: Bei welchen anatomischen Herd - Localisationen kommen derartige Bewegungen vor? oder zweitens so: welche Formen der Bewegung sind klinisch zu unterscheiden, und sind sie nothwendig an constante anatomische Localisationen geknüpft oder nur als sogenannte Neurosen aufzufassen? Von wohl charakterisirten halbseitigen Zuckungen sind in den letzten Jahren mehrfach discutirt worden die halbseitigen Krämpfe in Folge von Rindenläsionen, deren höchsten Grad die partielle Epilepsie von Hughlings Jackson und Charcot, meist auf syphilitischer Basis, darstellt. Vortragender selbst beobachtete durch mehrere Tage hindurch derartige halbseitige Zuckungen im rechten Facialis und Arm einer aphatisch und somnolent aufgenommenen Frau mit Deviation des Kopfes und der Augen nach links, welche mit einem harten Hut einen Schlag auf die linke Kopfhälfte bekommen hatte. Da der Fall zur Heilung kam, kann man eine meningeale Rindenblutung nur vermuthen. Hierher gehören ferner die von Westphal beschriebenen automatischen Gesticulationen bei Cysticercen der Rinde, deren Bedeutung als Rindensymptom namentlich Samt auch bei Paralytikern hervorgehoben hat. Diese könnten gelegentlich mal bei geringer Stärke sich auf die Extremitätenenden localisiren und dann eine gewisse Analogie mit dem vorliegenden Fall bieten; vielleicht sei in dem Ewald'schen Falle an so etwas zu denken. Endlich können aber auch Herde in den Ganglien halbseitige Zuckungen hervorrufen, wie ältere Beobachtungen u. a. von Leyden und die Beobachtung von Lauenstein zeige. Auch die multiple Sclerose führt zu rhythmischen Zuckungen der verschiedensten Muskelgruppen, wie Herr R. in zwei Fällen durch längere Zeit beobachten konnte. Vielleicht kann auch gelegentlich einmal ein Symptomen-complex wie der vorgestellte auf Grund multipler Sclerose zu Stande kommen. Vom klinischen Gesichtspunkt aus kommen halbseitige Tremorformen aber auch ohne bekannte anatomische Grundlage vor, oder auch typische Paralysis agitans mit halbseitiger Localisation, für die der Mangel des anatomischen Befundes das wesentlichste Criterium gegen die multiple Sclerose bildet. Dann ist die Prädilection der echten Chorea für halbseitige Localisation bekannt, wovon der Vortragende selbst eine grössere Reihe von Fällen beobachtet hat. Er fand dabei, wie dies von Ziemssen erwähnt, die Pupille der affirirten Seite in der Mehrzahl der Fälle erweitert, welche Differenz sich bei der Heilung ausgleich. Nach der Beschreibung von Charcot ist es nun keinem Zweifel unterworfen, dass ebenso wie Paralysis-agitans-Bewegungen bei Hemiplegischen vorkommen, auch echte Hemichorea sich mit Hemiplegie complicirt. Er selbst beobachtete vor einigen Wochen eine 32jährige Frau, welche, nachdem sie im zehnten Schwangerschaftsmonat von einer rechtsseitigen Hemiplegie befallen war, bei der Besserung der hemiplegischen Erscheinungen nach der Entbindung, während ohne motorischen Impuls die Extremitäten völlig ruhig waren, bei jeder intendirten Bewegung die exquisitesten Chorea-bewegungen im Arm und Bein zeigte. In diesem Fall bestanden auch Sensibilitätsstörungen an der gelähmten Seite, während Charcot Fälle von Hemichorée post-hemiplegique auch ohne Sensibilitätsstörungen bekannt gab. In ähnlicher Weise scheinen die auf die Extremitätenenden beschränkten Bewegungen, von

denen die Athetosis eine Unterabtheilung bildet, gern organische Hirnkrankheiten mit Hemiplegien zu compliciren, aber auch isolirt vorzukommen, wofür die Gowers'schen Beobachtungen sprechen und der vorliegende Fall zu verwerthen ist, wenn er auch nicht selbst als Athetose zu bezeichnen wäre. Diese Auffassung der Affection als eine Neurose analog der Hemichorea hat den practischen Werth, dass sie therapeutische Versuche nicht geradezu verhindern wird. Auf Grund früherer Erfahrungen bei Hemichorea hat der Vortragende einen Versuch mit der galvanischen Behandlung des Nackens und zwar mit der Anode gemacht und eine entschiedene Beruhigung erzielt, welche auch angehalten hat, im Vergleich zur Aufnahme, obgleich Patient behufs der Vorstellung seit 3 Tagen nicht behandelt wurde. Erst später ist ihm bekannt geworden, dass Gowers ebenfalls durch Galvanisation des Nackens in einem von ihm als Athetosis angesprochenen Falle Heilung erzielt hat.

Herr Bernhardt: Auf die direct an mich gerichtete Frage des Vortragenden, ob ich den hier vorgestellten Fall für „Athetose“ halte, antworte ich mit: nein. Es fehlt, wie Herr R. selbst beschrieben hat, die Lähmung oder Parese des Gliedes (Arms), an welchem die ruhelosen Bewegungen der Finger beobachtet werden. Diese Bewegungen selbst erfolgen hier mehr krampfhaft und stossweise und schneller, als in den von Hammond, mir und anderen beschriebenen Fällen; es fehlt ferner die herabgesetzte Sensibilität der Haut der befallenen Extremitäten, es fehlt die Hypertrophie der Vorderarmmusculatur, mit einem Worte der Fall scheint mir nicht das von Hammond zuerst beschriebene Krankheitsbild darzubieten. Da H. zuerst den Namen Athetose für einen ganz bestimmten Symptomcomplex gebraucht hat, so dürfen wir, die Nachfolger, auch nur das Athetose nennen (wenn wir mal den Namen gebrauchen wollen), was der erste Beschreiber damit bezeichnet hat. Damit ist nicht gesagt, dass es nicht ähnliche Processe giebt, die vielleicht nur schwer von der eigentlichen „Athetose“ zu trennen sind; besitzen wir doch bisher nur sehr wenige Autopsien, und ist doch die Krankheit (wie ich es auch stets aufgefasst habe) eigentlich nur ein Symptom, welches in vielleicht vielfachen Modificationen sich den verschiedensten Störungen des Centralnervensystems, besonders des Hirns zugesellen kann.

Herr Ewald: Da er 3 Fälle gesehen, und gewissermassen vom Vortragenden interpellirt sei, so wolle er in Kürze sagen, wodurch sie sich von dem hier vorgestellten unterscheiden. Zwei waren, was die Bewegungen betrifft, identisch mit diesem, unterschieden sich aber darin von ihm, dass eine Hemiplegie vorausgegangen war. Bei dem dritten, welcher veröffentlicht ist, geschahen die Bewegungen langsamer; sie waren mehr maschinenmässig, regelmässig wiederkehrend, übrigens sonst von demselben Typus, den man am besten als „Greifbewegung“ bezeichnen kann und hatten nichts zuckungsartiges. Die Sensibilität war übrigens auch intact, so weit sie sich bei dem geistesschwachen Kranken beurtheilen liess. Die Bewegungen hatten nichts choreaartiges. Im übrigen halte er die Deductionen, welche er an seinen Fall geknüpft, aufrecht, glaube aber nicht berechtigt zu sein, in die Discussion

darüber einzutreten, ob die Athetose ein selbständiges Krankheitsbild sei oder nicht.

Herr Remak: In den Bemerkungen der Vorredner finde er eine Bestätigung seiner Ansicht, dass Hammond zunächst einen Symptomencomplex fixirt habe, dass aber aus diesem Falle und zahlreichen anderen der Literatur hervorgehe, dass gleiche oder ähnliche ruhelose, auf die Extremitätenenden beschränkte, unwillkürliche Bewegungsformen auch selbständig vorkommen können, ebenso wie sie mit Hemiparese, mit Hemianaesthesia oder Hypertrophie einhergehen, so dass also, abgesehen von den unwillkürlichen Bewegungen, keine Componente des Symptomencomplexes als constant zu betrachten sei. Er habe seine Ansicht deshalb so formuliren zu müssen geglaubt, dass diese Bewegungsformen als Neurose einmal selbständig vorkommen, andererseits aber Herderkrankungen zu compliciren scheinen, welche für ein therapeutisches Handeln wichtige Auffassung namentlich auch durch die erwähnten Gowers'schen Beobachtungen gestützt werde.

Herr Westphal: Er habe zwei Fälle von Athetose im Sinne Hammond's gesehen, von denen der eine ihm genau erinnerlich. Danach möchte er bei dem vorgestellten Patienten etwas anderes sehen, als das, was H. beschrieben hat. Der in Rede stehende Kranke war ein idiotischer Mensch, der halbseitig gelähmt war und die Bewegungen zeigte. Sie waren langsam und wie willkürlich. Der andere Fall war ähnlich. Es waren dies organische Hirnkrankheiten, bei denen die Bewegungen ein Symptom an den betroffenen gelähmten Gliedern waren. Der vorliegende Fall sei ganz anders; er sei keine organische Erkrankung, sondern eine Neurose; auch die Art der Bewegungen sei, worauf Gewicht zu legen, eine ganz andere.

Herr Remak fragt, ob nicht, gerade wie Hammond es beschreibt, abgesehen von diesen Bewegungen, eine spastische Contractur vorhanden gewesen.

Herr Westphal: Er erinnere sich nicht genau, glaube es aber verneinen zu müssen.

Herr Sander: Da er den ersten von Herrn Westphal erwähnten Kranken auch kenne, so müsse er bemerken, dass allerdings die gelähmten, die athetotischen Bewegungen zeigenden Extremitäten auch contracturirt waren. Er habe ausser diesem noch einen anderen Fall derselben Categorie beobachtet und auf beide in der letzten Sitzung vorübergehend hingewiesen bei Gelegenheit seines Vortrages über einen Fall von Idiotismus. Die Bewegungen anlangend, so seien sie denjenigen des vorgestellten Kranken durchaus nicht ähnlich. Sie seien viel langsamer, gewissermassen zähe, wie wenn ein elastischer Widerstand vorhanden wäre. Wer diese Bewegungen einmal gesehen, könne sie mit anderen kaum verwechseln, so wie umgekehrt jeder, der sie zum ersten Male sehe, wenn er die H.'sche Beschreibung im Gedächtniss hat, sich gleich sagen werde, dass dies die Hammond'sche Athetose sei.

Herr Remak: Er habe diesen Fall nicht als Athetose beschrieben, sondern nur deshalb mit der Athetose in Beziehung bringen müssen, weil namentlich in der deutschen Literatur ähnliche Fälle als Athetose beschrieben

und ihre Obductionsbefunde für eine Theorie dieser Krankheit verwerhet worden seien.

Darauf stellt Herr Bernhardt zwei Kranke vor, einen Fall von Bleilähmung und einen von subacuter atrophischer Spinallähmung Erwachsener.

M. H.! Die eine Kranke, welche ich Ihnen heute vorstelle, A. Tieme, zur Zeit 49 Jahre alt, war im wesentlichen bis zum Sommer 1868 gesund gewesen. Eine gewisse Schwäche in der rechten Hand hatte sie bis dahin nicht besonders beachtet und auf ihre Beschäftigung (Nähen sehr dicker Stoffe) bezogen. Im Juli 1868 fing der linke Arm an zu zittern, das Halten eines Tassenkopfes, eines Löffels wurde mühsam; zugleich wurde die gesammte linke Oberextremität schwer, konnte aber aktiv noch ganz gut bewegt werden. Anfangs August legte sich die Kranke, welche keine Erscheinungen allgemeinen Unwohlseins je an sich verspürt haben will, zu Bett (es hing Wäsche in der Stube und ein Fenster soll aufgeblieben sein) und erwachte am anderen Morgen mit einer vollkommenen Lähmung der gesammten linken Oberextremität. Nur wenige Tage nachher trat auch eine sehr erhebliche Schwäche der rechten Oberextremität ein, welche aber unter einer monatelang fortgesetzten electrischen Behandlung sich sehr erheblich besserte; auch die Lähmung der linken Oberextremität ging zurück. Es zeigte sich aber bald, dass dies nur für einzelne Muskelgruppen der Fall war, während andere dauernd gelähmt blieben und rasch abmagerten. Sowie der Zustand sich während der Jahre 1869 und 1870 (während welcher eine electrische Behandlung statt hatte) hergestellt hatte, blieb er bis heute (October—November 1877), ohne dass eine weitere Verschlimmerung eingetreten, ohne dass andere Muskeln weiterhin gelähmt oder atrophisch geworden wären. Die Unterextremitäten waren von Beginn an unbeteiligt geblieben, die Urin- und Stuhlentleerung stets in normaler Weise erfolgt, Störungen von Seiten der Psyche, der Hirnnerven nie aufgetreten.

Die Kranke ist noch heute eine rüstige, gesund aussehende Frau, welche, abgesehen von der Schwäche in den Oberextremitäten, sich nicht für krank hält. An den Armen fällt nun zunächst links die Schmalheit und Flachheit der Schultergegend gegenüber der rechten Seite auf; das Acromion tritt deutlich hervor, zwischen demselben und dem Oberarmkopf ist eine Rinne sichtbar, in die man bequem den Zeigefinger legen kann. Der ganze linke Oberarm ist dünner als der rechte, namentlich an der Beugeseite, der Vorderarm steht zum Humerus in Hyperextensionsstellung, aus der er durch die Patientin absolut nicht in Beugung übergeführt werden kann. Giebt man der Kranke auf, den linken Vorderarm zu beugen, so schwingt sie den ganzen Arm in der Frontalebene im Schultergelenk nach oben und lässt dann den Vorderarm der Schwere nach auf den Oberarm zurückfallen. Der einmal so gebeugte Vorderarm kann aktiv gestreckt werden. Bringt man passiv den gewöhnlich in Hyperextension zum Oberarm stehenden linken Vorderarm in eine eben noch angedeutete Beugestellung, so gelingt es nun der Kranke mit einer grösseren

Kraftanstrengung, die Beugung selbst zu vollführen; dabei aber tritt nicht, wie das sonst wohl bei Ausfall der eigentlichen Vorderarmbeuger zu geschehen pflegt, der M. supinator longus vicariend in Function, sondern man sieht und fühlt vielmehr die Contouren der ulnar gelegenen Hand- und Fingerbeuger (Flexor carpi ulnar., Flex. dig. prof.) deutlich sich contrahiren; sie sind es, welche die Beugung schliesslich zu Stande bringen.

Eine Supination des linken Vorderarms kommt überhaupt nicht zu Stande; bringt man passiv denselben in eine supinirte Stellung, so erfolgt frei die Pronation. Die Bewegungen der linken Hand und Finger sind in jeder Beziehung frei und die hier in Betracht kommenden Gebiete des Nv. radialis (die beiden M. supinatores ausgenommen), ulnaris und medianus intact. Die Hand ist zwar etwas gewölbt und die Haut des ganzen Vorderarms etwas bläulich roth, aber von Oedemen, Exanthemen etc. ist nichts zu bemerken. Es fehlt jede Atrophie der Zwischenknochenmuskeln an der Hand und am Kleinfingerresp. Daumenballen. — Der Arm kann trotz der an der linken Schulter sichtbaren Atrophie sowohl in der Frontal- wie in der Sagittalebene gehoben und auch so gehalten werden, man sieht dann namentlich die Clavicularportion des linken M. deltoid. sich contrahiren. Ebenso wird der Arm an den Brustkasten frei adducirt, nach aussen und nach innen rotirt und nach hinten gebracht, letzteres freilich nicht ganz so gut, wie auf der rechten Seite.

Auf dieser fehlt am Oberarm jede Atrophie, die Bewegungen des Oberarms und des Vorderarms kommen frei zu Stande (namentlich die Beugung des Vorderarms zum Oberarm, sowie auch die Pro- und Supination), desgleichen können sämtliche Beugebewegungen an Hand und Fingern gut ausgeführt werden, und rechts so wenig wie links findet sich am Daumen- oder dem Kleinfingerballen oder den Mm. interossei irgend eine Atrophie oder Functionsbeeinträchtigung. Dagegen findet man auf der Streckseite des rechten Vorderarms ulnarwärts eine entschiedene Atrophie. Die Handstreckung kommt zu Stande, ebenso auch die der Finger, dabei aber werden nur die basalen Phalangen des Daumens und Zeigefingers, nicht die der drei letzten Finger gestreckt, letztere bleiben auch bei starker Willensanstrengung in halber Beugestellung. Die Streckung (und Beugung) der Mittel- und Nagelphalangen sämtlicher Finger rechts geht, wie bei Gesunden, ungehindert von Statten.

Hinsichtlich der Sensibilitätsstörungen empfindet Pat. nur subjectiv ein Gefühl von Schwere, speciell im linken Arm; gröbere, objectiv nachweisbare Störungen sind jedenfalls nicht vorhanden. Was die elektrische Erregbarkeit der verschiedenen Muskelgruppen an den Oberextremitäten unserer Kranken betrifft, so ergiebt sich folgendes: Rechts sind direct und indirect sämtliche Muskeln zu erregen, mit einziger Ausnahme des Extens. dig. communis, von dem sowohl bei indirecter wie directer Reizung die Fasern, welche der Streckung der Basalphalangen der drei letzten Fingern vorstehen, stumm bleiben; schwächer als normal reagirt auch wohl der M. extensor carpi rad., obgleich seine Contouren deutlich hervortreten. Links ist vom M. delt. durch den Inductionsstrom nur noch das sich an das Schlüsselbein ansetzende Faserbündel zu erregen, der M. biceps, brachialis internus, die beiden M. supina-

tores bleiben absolut stumm; es ist fraglich, ob in den fettreichen Lappen, die man an der Innenseite des linken Oberarms und an der Stelle, wo sonst der Supin. longus liegt, fasst, überhaupt noch intakte Muskelfibrillen vorhanden sind. Alle übrigen Muskeln am Ober-, Vorderarm und an der Hand reagiren auf indirecte wie directe Reizung. Beim Ansatz der einer Electrode an den Punkt, von dem man nach Erb*) den M. delt., biceps, brachialis int. und die Supinatoren zusammen reizen kann (etwaige Austrittsstelle des 5. und 6. Cervicalnerven zwischen den Mm. scalenis), ergiebt sich rechts in der That eine deutliche Contraction der eben erwähnten Muskeln, während dieselbe Procedur auch bei sehr hohen Stromstärken links erfolglos bleibt. Ruht die Anode des constanten Stroms im Nacken, die Kathode auf dem M. delt. (rechts an der relativ gesunden Seite) so erfolgt bei 22 E. ($7\frac{1}{2}^0$ N. A. Nadelausschlag) eine schwache Kathodenschliessungszuckung, während links bei 30 E. ($12\frac{1}{2}$ N. A.) nur das Clavicularbündel mit einer ziemlich raschen Zuckung antwortet, das Gros des Muskels aber unerregt bleibt; bei 33 E. (15^0) zuckt das eben genannte freibleibene Bündel des Deltoides bei Anodenschluss.

Am M. biceps kommt links überhaupt keine Zuckung zu Stande, rechts bei 13 E. ($2\frac{1}{2}^0$) KaSz. Von der Umschlagsstelle des N. radialis aus erfolgt rechts bei 20 E. ($7\frac{1}{2}^0$) eine kurze, schnelle KaSz. im Zeigefinger und Daumen. Die Muskelbündel des Extens. communis für die drei letzten rechten Finger sind weder direct, noch indirect zu erregen. (Kein Erfolg, auch nicht bei 30 E. (20^0)). Links zucken, mit Ausnahme der Mm. supin., die vom N. radialis innervirten Muskeln bei Reizung von der Umschlagsstelle aus bei 20 E. (10^0).

Wir haben also im wesentlichen in diesem Falle vor uns eine Lähmung und Atrophie des M. deltoideus, des biceps und brachialis int., sowie beider M. supin. auf der linken, und dasselbe bei einem Theil der Fasern des M. extens. digit. communis auf der rechten Seite. Bevor ich zur Besprechung dieses Falles übergehe, sei es mir gestattet, Ihnen kurz noch den zweiten Kranken vorzuführen. Derselbe heisst J. Neubilser, 29. J. alt, Maler. Er ist schon 14 Jahre in derselben Thätigkeit und hat während der ersten 10 Jahre seines Gewerkslebens, hier und da auftretende mässige Leibscherzen ausgenommen, keine auffallende Krankheit durchgemacht. Vor vier Jahren überstand er einen länger dauernden Colikanfall, welcher zwar das Gefühl einer gewissen Schwere in den Armen zurückliess, von dem sich der Kranke indessen vollkommen wieder erholte. Ein neuer Colikanfall warf ihn im August 1877 auf das Krankenlager; nach einigen Tagen hörten die Schmerzen auf und machten einem relativen Wohlbefinden Platz, als, über Nacht, sich ohne jede Beteiligung des Sensoriums eine Lähmung beider Hände und Finger einstellte, wie ich sie des näheren gleich beschreiben werde. Die

*) Erb: Ueber eine eigenthümliche Localisation von Lähmungen im Plexus brachialis. Verhandl. des Heidelb. Naturhist.-med. Vereins N. S. 1. 2. 1874.

Schultern und die Oberarme blieben frei beweglich. Der Kranke ist ein nur mässig kräftig gebautes, eher mageres, zur Zeit bleich und cachetisch ausschendes Individuum, mit einem auffallenden pectus carinatum. Das Zahnfleisch ist livide und zeigt noch deutliche Spuren schwärzlicher Ränderung (Bleirand). Patient ist psychisch vollkommen frei, geht ohne Anstrengung umher, zeigt von Seiten der Sinnesorgane und der anderen Hirnnerven nichts besonderes; sein Allgemeinbefindens ist zur Zeit befriedigend, die Urin- und Stuhlexcretion erfolgt unbehindert. Die Stellung der Hände und Finger von Kranken, welche in Folge von Bleiintoxication eine Lähmung der Strecker der Hände und Finger (i. e. deren Basalphalangen) sich zugezogen haben, ist schon so oft beschrieben, dass ich hierüber mich des weiteren nicht auslassen werde. Die Streckung des Vorderarms (Tricepwirkung), seine Supination ist rechts wie links frei; desgleichen kann der Vorderarm im Ellenbogen beiderseits unter deutlichem zu Tage treten der Contour des M. biceps gebeugt und der ganze Arm rechts wie links nach jeder Richtung hin frei im Schultergelenk erhoben und gedreht werden. Es besteht somit, im deutlichen Gegensatz zu den nicht ausführbaren Streckbewegungen der Hände und Finger, in der Beugemuskulatur der Vorderarme und der gesammten Schultermuskulatur keine Lähmung. Dagegen fällt eine andere Besonderheit in diesem Falle auf: es ist nicht nur, wie das zeitweise beobachtet wird, das Spatium interosseum primum an beiden Händen eingesunken, es besteht nicht nur, wie es gleichfalls schon beschrieben ist, eine Atrophie beider Daumenballen, sondern beiderseits sind sämmtliche Zwischenknochenräume an den Händen vertieft, die dort liegenden Mm. interossei atrophisch und funktionsunfähig, so dass auch bei passiv vorgenommener Dorsalflexion der basalen Fingerphalangen (Ersatz der Function des extens. dig. communis) eine Streckung der Mittel- und Nagelphalangen, sowie freie Seitenbewegungen der Finger (Function der M. interossei) nicht zu Stande kommen. Verschmälert und atrophisch sind auch beiderseits die Kleinfingerballen. Augenfällig liegt demnach zunächst eine Lähmung im Bereich der Nv. radiales beiderseits vor, sowie einzelner dem Medianus- und Ulnarisgebiet angehörigen Muskeln. Diese an sich schon interessanten Erscheinungen treten aber geradezu in den Hintergrund, wenn wir die Ergebnisse der elektrischen Exploration der gesammten Muskeln der Oberextremitäten vornehmen. Was zunächst den Inductionsstrom betrifft, so reagiren von den dem Gebiet des Nv. radialis angehörigen Muskeln bei directer und indirecter Reizung links (an der weniger betroffenen Extremität) nur der extensor carpi ulnaris und supin. longus, aber beide sehr schwach, so dass ihre Contouren selbst bei starken Strömen nur eben noch sichtbar werden; alle übrigen Muskeln bleiben stumm. Während ferner bei directer oder indirecter Reizung des linken Nv. ulnaris oder medianus die Muskeln sich kräftig kontrahiren, erfolgt die Zusammenziehung der Mm. interossei und der Thenarmuskeln nur sehr schwach, resp. gar nicht. Dasselbe, nur überall noch ausgeprägter in der Reactionslosigkeit auf Inductionsströme, ist rechts der Fall: dort springt selbst bei stärksten Strömen der Contour des M. supinator longus,

eines Muskels, der bekanntermassen in der Mehrzahl der Bleiradialislähmungen intact bleibt, kaum hervor, und in schwachen Umrissen zeigen sich die Sehnen der beiden extens. carp. rad. longus et brevis, ohne eine Spur wirklicher Locomotion zu bewirken. Man kann nicht sagen, dass mit Ausnahme der Unerregbarkeit oder wenigstens der ungemein schlechten Erregbarkeit der M. supinatores, die Resultate dieser Untersuchung besonders überraschend wären: sie werden es aber, wenn wir sehen, wie Muskeln, welche ganz frei functioniren, die nach Belieben von dem Kranken gebraucht werden, deren Functionsausfall nie Gegenstand seiner Klagen gewesen, wie diese Muskeln, sage ich, selbst auf die stärksten Inductionsströme entweder gar nicht oder nur sehr wenig und jedenfalls viel schwächer als dieselben Muskeln gesunder Menschen reagiren. Es gilt dies rechts wie links für den M. deltoideus (mit Ausnahme seiner sich an den pector. major anschliessenden Clavicularportion), für den biceps und brachialis internus.

Hinsichtlich des constanten Stromes ergiebt sich: Am M. deltoideus, biceps, supin. longus, an den M. extens. manus et digitorum, erfolgen beiderseits (nur rechts noch ausgeprägter als links) erst bei hohen Stromstärken (30—40 El. und einem Nadelausschlag von 10°—20°) langsam und träge, nur bündelweise ablaufende Zuckungen; Oeffnungszuckungen sind gar nicht, Anodenschliessungszuckungen entweder bei denselben Stromstärken, wie bei Kathodenschliesszuckungen (mit steter Berücksichtigung des Nadelausschlags) oder schon bei geringeren Stromstärken zu erzielen; mit einem Worte, wir haben in den gelähmten sowohl wie in den nicht gelähmten und nie gelähmt gewesenen Muskeln die ausgesprochenste „Entartungsreaction“. Dabei zeigt sich in Betreff des linken M. deltoideus noch die Besonderheit, dass einzelne Bündel auf den Reiz mit kurzen, blitzartig schnellen normalen Zuckungen reagiren (die am meisten nach vorn, ebenso die am meisten nach hinten gelegene Bündel), während die gerade in der Mitte liegenden (in einem etwa 2 Ctm. breiten Streifen) die ausgesprochenste Entartungsreaction zeigen. Weiterhin interessant sind die Ergebnisse der elektrischen Untersuchung, wenn wir os unternehmen, von dem oben schon im ersten Falle erwähnten Punkt in der Supraclaviculargrube aus die Muskeln delt., biceps und die supinatores gemeinsam zu erregen. Es gelingt dies zunächst links in dem Sinne, dass bei kräftigen Inductionsströmen der linke Arm sich deutlich hebt und der Vorderarm sich beugt (Action des M. biceps und brachialis internus) während die sonst so deutlich hervorspringenden Supinatorumrisse kaum hevortreten; dasselbe gilt bei Reizung mit dem constanten Strom (Anode Nacken, Ka. am oben bezeichneten Punkt), welche normale Ergebnisse (schnelle, blitzartige Zuckungen) liefert, trotzdem, wie wir gesehen haben, einzelne Bündel der Deltoidenus- und Bicepsmuskulatur bei direkter Reizung Entartungsreaction zeigen. Rechts hat die indirekte Reizung vom Supraclavicularpunkt aus sowohl für den Inductions-, wie den constanten Strom nur in einzelnen (Clavicular-) Bündeln des Deltoideus und angedeutet auch in einzelnen des Biceps Erfolg.

Es fragt sich nun, wenn wir zunächst den Fall der Frau A. Thieme in's Auge fassen, mit was für einem Krankheitsprocess wir es zu thun haben. Da beide Oberextremitäten anfänglich, nachdem ein Schwächezustand (Zittern) einige Tage vorausgegangen war, ziemlich gleichzeitig von einer zuerst fast vollkommenen Lähmung befallen waren, diese Lähmung sich aber später besserte und nur in einzelnen Muskeln, welche dann auch unter Verlust ihrer elektrischen Erregbarkeit atrophirten, zurückblieb, so wird man von vornherein darauf hingeführt, in dieser Affection ein Beispiel derjenigen Krankheit zu sehen, welche man für das Analogon der „spinalen Kinderlähmung“ hält und mit dem Namen der acuten (resp. subacuten) atrophischen, spinalen Lähmung Erwachsener bezeichnet. Es ist dies in diesem Falle um so wahrscheinlicher, als beide Oberextremitäten ergriffen waren, als an beiden verschiedene Muskelgebiete der Lähmung und Atrophie anheim gefallen sind, und es eine gewisse Schwierigkeit hat, sich vorzustellen, es auch mit unserer Erfahrung weniger übereinstimmt, dass gleichzeitig an dem einen und dem anderen Arm periphera Lähmungen und dann in verschiedenen Nervengebieten auftreten. Andererseits wissen wir, und ich selbst*) habe nebst anderen solche Fälle beschrieben, dass die acute atrophische, spinale Lähmung Erwachsener, wie das ja auch bei den „Kinderlähmungen“ vorkommt, ganz vereinzelte Nervenmuskelgebiete befallen und zur Atrophie bringen kann. So lange Autopsien fehlen, wird man den Einwand derjenigen, welche behaupten, man habe es in solchen Fällen mit nichts anderem als mit peripheren Lähmungen zu thun, nie ganz entkräften oder von der Hand weisen können; ich selbst war, wenn mich meine Literaturkenntniss nicht täuscht, der erste, der diesem Gedanken ausdruck gab.**) Trotzdem also bisher eine Sicherheit in der Anschaugung und eine Gewissheit in den Thatsachen fehlt, ist es uns doch, namentlich im Hinblick auf die bei der so frappant ähnlichen Kinderaffection gefundenen Erkrankungsherde im Rückenmark, erlaubt, auch für eine grosse Reihe analoger Processe bei Erwachsenen das Rückenmark und dort vorwiegend die grauen Vordersäulen als Erkrankungssitz anzunehmen. Ob man nun in jedem solcher Fälle berechtigt ist, von einer Myelitis, oder, wie die neueren es nennen, Poliomyelitis zu reden, ob nicht ganz verschiedenartige Processe im grauen Mark dasselbe, nämlich eine Zerstörung der grossen motorischen (trophischen) Ganglienzellen zur Folge haben können, lasse ich so lange dahin gestellt, bis ausreichende, durch eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung vervollständigte Obductionsberichte frischer, acuter derartiger Fälle bei Erwachsenen vorliegen.

Von ganz besonderem Interesse ist nun in diesem Falle, dass links Muskeln gelähmt und atrophirt sind, von denen die motorischen Nerven nach-

*) Bernhardt: Beitrag zur Lehre von der acuten atrophischen (Spinal-) Lähmung Erwachsener. Dieses Arch. Bd. VII. S. 313.

**) Bernhardt: Ueber eine der spinalen Kinderlähmung ähnliche Affection Erwachsener. Dieses Arch. Bd. IV., S. 370. 1873.

weislich in den Wurzeln des 5. und 6. Cervicalnerven zusammengelagert sind. Dürfen wir in diesem Falle eine Affection (was auch immer ihre Natur sein mag) des Halsmarks und in ihm der grauen Substanz zu Grunde liegend denken, so ergiebt sich, dass dort eine ganz bestimmte Gruppe von Ganglienzellen so zusammengelagert gedacht werden müsste, wie es die aus ihren Axencylinderfortsetzen entspringenden Nerven in den vorderen Wurzeln in der That sind. Es wären das die Zellen, aus denen die Nerven für M. deltoideus, brachialis internus und biceps und die M. supinatores ihren Ursprung nehmen.

Schalten wir hier die Betrachtung unseres zweiten Falles, des durch chronische Bleivergiftung gelähmten Kranken ein, so haben wir als in die Augen fallend die Lähmung und Atrophie der Hand und Fingerstrecker, der M. interossei, der Daumen und Kleinfingerballenmuskeln vor uns. Ungewöhnlich ist hier zunächst die Beteiligung des Medianausgebietes (Daumballenmuskeln), ungewöhnlich ferner die Lähmung und Atrophie der Mm. interossei, äusserst selten, so dass sogar Remak*) in seiner gründlichen Arbeit über die „Pathogenese der Bleilähmungen“, einen von ihm publicirten derartigen Fall als ein Unicum aufgeführt, die starke Beteiligung der M. supinatores an der Lähmung. In dem Remak'schen Fall war zugleich eine Lähmung und Atrophie des M. deltoideus, sowie des biceps und brachialis internus vorhanden. Davon war nun bei oberflächlicher Untersuchung bei unserem Kranken nichts zu sehen: der Arm konnte im Schultergelenk nach allen Richtungen hin gehoben, gedreht, mit einem Worte frei bewegt werden, dasselbe war mit den Beugebewegungen im Ellenbogengelenk der Fall. Auch war keine auffallende Atrophie des Deltoideus oder der Beugeseite des Oberarms zu bemerken. Seitdem wir aber durch Erb**) wissen, dass ein Muskel nicht gelähmt und nie gelähmt gewesen zu sein braucht, um bei einer gründlicheren elektrischen Untersuchung sich trotzdem als erkrankt zu erweisen, hielt ich es für meine Pflicht, in passenden Fällen jedesmal die betreffende Untersuchung anzustellen. Und sie ergab nun in diesem Falle die deutlichste Erkrankung der aktiv frei beweglichen Muskeln, in sofern dieselben auf selbst sehr starke Inductionsströme entweder nicht oder doch nur sehr wenig reagirten und auf Reizung mit dem constanten Strom die deutlichste Entartungsreaction zeigten. Erkrankt waren also in diesem Falle nicht nur die M. supinatores, sondern auch der deltoideus, der brachialis internus, der biceps, mit einem Worte diejenigen Muskeln, welche functionell zusammengehören, welche durch Erkrankung ganz bestimmter Nervenwurzeln functionsunfähig werden können und welche, wie wir in der Betrachtung des Falles Thieme sahen, ohne Vergiftung durch Blei durch eine aus anderen Ursachen (Erkältung etc.) hervorgerufene Veränderung ganz bestimmter Rückenmarksabschnitte erkranken und gelähmt werden können. Aehnliche Betrachtungen waren es, welche

*) Remak: Zur Pathogenese der Bleilähmungen. Dieses Arch. VI. S. 1.

**) Erb: Ein Fall von Bleilähmung. Ibid. Bd. V., S. 445.

Remak, *) Erb, **) mich ***) selbst dahin führten, als pathologisch anatomische Grundlage der sogenannten Bleilähmungen eine Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarks anzunehmen, und ich glaube, dass die beiden hier vorgeführten und neben einander besprochenen Fälle eine neue Handhabe bieten, diese Ansicht, wenn auch nicht zu beweisen, so doch wesentlich zu stützen.

Damit aber scheint mir das Interesse, namentlich des letzten Falles noch nicht erschöpft. Nur durch eine sorgfältige elektrische Untersuchung ist es uns ja überhaupt möglich geworden, die gar nicht gelähmten Muskeln: Deltoideus, Biceps, Brachialis internus als erkrankt nachzuweisen. Sie konnten rechts, wie links aktiv frei und mit ausreichender Kraft bewegt werden. Es war zuerst Erb †), welcher in einem Falle von Bleilähmung auf dieses merkwürdige Verhalten aufmerksam machte und daraus die Hypothese ableitete, dass im Rückenmark für die Nerven und Muskeln verschiedene trophische Centralapparate und Bahnen existiren, welche im gegebenen Falle isolirt von einander erkranken könnten. In unserem Falle (Bleilähmung) bestand an der rechten Seite, wenn wir z. B. den rechten M. deltoid. und biceps in's Auge fassen: keine Lähmung, Unerregbarkeit (oder wenigstens sehr herabgesetzte Erregbarkeit) bei indirecter (Supraclavicularpunkt) Reizung sowohl wie directer mit dem Inductionsstrom, sehr herabgesetzte Erregbarkeit bei indirecter Reizung mit dem constanten Strom, deutlichste Entartungsreaction bei directer Reizung mit dem const. Strom. Links waren die Mehrzahl der Nerven und Muskelbündel in normaler Weise sowohl für den Willen wie für die directe und indirecte Reizung mit beiden Stromesarten erregbar, und nur einzelne Muskelbündeliasern zeigten bei directer Reizung die bekannten Entartungsreactionen, ein Verhalten, wie es Erb bei einzelnen Fällen von progressiver Muskelatrophie beobachtet hat. Wenn nun also auch diese That-sachen durch meine Beobachtungen bestätigt werden, so ist damit für die Richtigkeit der obigen Hypothese in Bezug auf getrennt im Rückenmark liegende trophische Apparate für Muskeln und Nerven noch nichts bewiesen. In einer Arbeit, wie ich sie im Anschluss an meine erste Publication ‡‡) über die später mit dem Namen der Mittelform getaufte Lähmungsart veröffentlicht habe ‡‡‡), habe ich schon hervorgehoben, dass es denkbar sei, dass der

*) Remak: l. c.

**) Erb: Krankh. des periph. Nervensystems, u. v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. XII. Bd., 1. Hälfte. 1874, S. 498.

***) Bernhardt: Beitrag zur Lehre von der acuten atrophischen (Spinal-) Lähmung Erwachsener. Dieses Arch. Bd. VII. S. 313.

†) I. l. c.; Krankheiten des Rückenmarks, II Ath., 1877, p. 312.

‡) Bernhardt: Eigenthümlicher Verlauf einer (schweren) peripheren Lähmung des N. facialis. Deutsch. Arch. f. kl. Med., Bd. 14., p. 433.

‡‡) Beitrag aus der Pathologie peripherer Lähmungen zur Frage von dem Bestehen einer specificischen Muskelirritabilität. Deutsches Archiv f. kl. Med., 1875.

krankmachende Reiz den Muskel selbst treffe, sei es auch mit den von ihm untrennabaren Nervenendigungen, dass er aber diese von vorn herein entweder unverändert lässt, oder doch nur so afficirt, wie sie sich im späteren Stadium beginnender Heilung bei ganz schweren Lähmungen befinden mögen, dass er in den Muskeln selbst pathologische Veränderungen hervorbringt, wie sie zu erhöhter Erregbarkeit und abnormer Reaction gegen den Reiz des galvanischen Stromes führen, ohne sie jedoch so zu zerstören, dass sie dem Reiz des Inductionsstromes oder dem Willenreiz absolut nicht gehorchten.

Noch eine andere Hypothese hat Wernicke*) neuerdings über diese interessanten Erscheinungen aufgestellt, welcher in einem Falle von Facialislähmung, in welchem die Kerne in der Med. obl. durch gewucherte Tumormassen vernichtet waren, eine Anzahl von Nervenfasern ganz intact fand. Er sagt: „es liegt auf der Hand, dass bei Erhaltensein einer Anzahl von Nervenfasern die faradische und galvanische Erregbarkeit — besonders für das Zuckungsminimum — nicht erheblich herabgesetzt sein kann, dass nur die Zuckungsgröße bei stärkeren Strömen eine viel geringere werden muss, indem nur der von den erhaltenen Nervenfasern versorgte Theil der Muskelprimitivbündel erregt wird. Etwas mehr herabgesetzt muss sich die Erregbarkeit des Muskels gegen den faradischen Strom bei direkter Reizung zeigen, indem man hierbei die erhaltenen Nervenfasern nur vereinzelt mit der Elektrode trifft. Der bei weitem grösste Theil der Muskelprimitivbündel, welcher mit den degenerirten Nervenfasern zusammenhängt, erleidet dagegen die bekannten Erregbarkeitsveränderungen, namentlich die Steigerung der directen galvanischen Erregbarkeit und die Modification der Zuckungsformel und des Zuckungsmodus; bei überwiegender Zahl der degenerirten Fasern wird die veränderte Muskelreaction deutlich hervortreten, bei geringerer Zahl derselben dagegen zwar auch vorhanden sein, aber nicht in Erscheinung treten können, weil die zerstreuten erkrankten Primitivbündel keine Locomotion bewirken können. Die sogenannte Mittelform der rheumatischen Facialislähmungen unterscheidet sich demzufolge von der schweren Form durch das Verschontbleiben einer gewissen Fasersumme, während bei dieser der ganze Querschnitt erkrankt ist; von dem Zahlenverhältniss beider Faserarten zu einander muss die elektrische Prüfung eine annähernde Vorstellung geben können. Die gegebene Erklärung lässt erwarten, dass besonders Erkrankungen der Nervenkerne, bei welchen einzelne Zellen und Fasern nach einander ergriffen werden, diese Mittelform der Erregbarkeitsveränderungen darbieten werden, und so erwähnt denn auch Erb zwei derartige Beobachtungen, die eine von progressiver Muskelatrophie, die andere von Bleilähmung, bei welcher in letzterer Zeit ebenfalls eine Kernerkankung wahrscheinlich gemacht ist.“

Ob nun diese von Wernicke für die Erklärung dieser interessanten Lähmungsformen aufgestellte Hypothese richtig ist (sie würde uns, wie man sieht, von besonderen trophischen Centren für Nerven und Muskeln abstrahiren

*) Wernicke: Ein Fall von Ponserkrankung. Dieses Archiv Bd. VII., Heft 3.

lassen können), oder die Erb's, ob für einzelne Fälle, wie ich es wahrscheinlich zu machen suchte, eine direct die Muskeln befallende Erkrankung zu ähnlichen Erscheinungen Veranlassung geben kann und sie zu erklären ausreicht, lasse ich vorläufig dahingestellt. Zur definitiven Entscheidung dieser so hochinteressanten Fragen bedürfen wir sowohl gehäufter Beobachtungen am lebenden Menschen, wie genauer mit Berücksichtigung aller Möglichkeiten ausgeführter Obductionen und womöglich des Thierexperiments.

Sitzung vom 3. December 1877.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr W. Sander.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird vorgelesen und angenommen.

Herr Westphal sprach über ein Symptom der fleckweisen grauen Degeneration. Bei einer Anzahl von Kranken, bei denen man mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf fleckweise graue Degeneration (Sclerose) des Centralnervensystems stellen konnte, beobachtete der Vortragende zu einer gewissen Periode der Krankheit eigenthümliche unwillkürliche rhythmische Bewegungen einzelner Muskelgruppen, welche nicht nach Art schneller, plötzlicher Zuckungen, sondern mit einer mässigen Geschwindigkeit, willkürlichen Bewegungen ähnlich, erfolgten. Sie scheinen besonders an den Unterextremitäten, speciell den Fuss- und Zehengelenken vorzukommen: Füsse und Zehen (einer oder beider Seiten) werden abwechselnd gebengt und gestreckt, auch Ab- und Adductionsbewegungen der Füsse erfolgen dazwischen. Indess kommen solche rhythmische Bewegungen auch am Ober- und Unterschenkel vor, einmal sah sie der Vortragende auch an Schulter-, Hals-, Kiefer- und Gesichtsmuskeln.

Bei einigen dieser Kranken bestand zugleich das von dem Vortragenden als paradoxe Muskelcontraction bezeichnete Phänomen, d. h. es blieb der Fuss — auch zu einer Zeit, wo keine rhythmischen Contractionen bestanden — wenn man ihn dorsalwärts flectirte, in dieser Dorsalflexion durch eine dabei plötzlich erfolgende Contraction der Sehne des Tibialis anticus in dieser Dorsalflexion fixirt, so dass es immer erst eines kräftigen Willensimpulses der Kranken oder einer kräftigen passiven Bewegung bedurfte, um ihn wieder in die natürliche Stellung zurückzuführen (plantarwärts zu beugen).

Zur Autopsie kam ein in seinen Erscheinungen genauer mitgetheilter Fall, in welchem beim Beginn der Krankheit die rhythmischen Bewegungen sehr entwickelt gewesen waren; die Autopsie ergab fleckweise graue Degeneration des Gehirns.

Der ausführlichere Bericht über diesen so wie über die anderen Fälle wird später erfolgen.

