

XLIII.

Referate.

I.

The West - Riding Lunatic Asylum Medical Reports.

Edited by J. Crichton Browne and Herbert C. Major. Vol. VI. 1876.

Seit wenigen Jahren erst erscheinend, haben sich die West-Riding Lunatic Asylum Reports bald einen hervorragenden Platz in der neuropathologischen Literatur erworben und auch der letzte Band, der in Nichts hinter seinen Vorgängern zurückbleibt, nimmt durch eine Reihe bedeutsamer Arbeiten unser vollstes Interesse in Anspruch.

I. In einem ersten Artikel „The Histology of the Island of Reil“ findet H. Major, der als normalen Typus der Hirnrinde mit Baillarger den sechsschichtigen aufstellt, dass die Inselrinde durchaus nicht vom normalen Typus abweicht, und bestätigt unter Angabe genauer Maasse für die dritte Schichte, die schon von Lockhart Clarke herrührende Angabe, dass die Zellen der Inselrinde kleiner sind als die der Convexität; zwischen den einzelnen Inselwindungen finden sich keine Unterschiede, ebensowenig auch zwischen linker und rechter Insel; das Verhalten des Markes, der Neuroglia und der Gefäße ist ebenfalls das normale.

II. Crochley Clapham, The Weight of the brain in the Insane. (Fortsetzung aus Vol III.) Resultate der Wägungen von 484 Gehirnen, die mit den früher gewogenen 716 zusammen 1200 Fälle geben.

Unter Uebergehung der Resultate aus den 484 Wägungen geben wir im Nachfolgenden Bericht über die die 1200 Gehirne (701 männliche, 499 weibliche) zusammenfassenden Darstellung.

Durchschnittsgewicht des Gehirns 1303,8 Grm.; durchschnittliches Alter: 46,7. C. P. M.* 169,7; für das männliche Gehirn 1326,0, C. P. M. 176,9 Durchschnittsalter 46,4; für das weibliche Gehirn 1230,4, C. P. M. 159,4, durchschnittliches Alter 47,3; durchschnittliche Differenz zu Gunsten der Männer (übereinstimmend mit Boyd) 125,5. Das schwerste Gehirn von 1729,3 bei einem 45jährigen Melancholiker, das schwerste weibliche Gehirn 1587, bei einer 33jährigen Maniacæ.

*) Damit bezeichnet Verfasser Cerebellum, Pons und Med. oblongata.

Nach dem Alter fanden sich folgende Differenzen:

| Zeitbestimmung. | Zahl der Fälle | | Ganzes Gehirn. | C. P. M. |
|-------------------|----------------|-----------|----------------|----------|
| | männlich. | weiblich. | | |
| Unter 40 | 23 | — | 1341,4 | 167,7 |
| — | — | 13 | 1179, | 155,9 |
| 20—30 | 54 | — | 1365,0 | 175, |
| — | — | 52 | 1257, | 162,2 |
| 30—40 | 158 | — | 1341,1 | 180,1 |
| — | — | 107 | 1241,7 | 160,3 |
| 40—50 | 180 | — | 1360,5 | 179,9 |
| — | — | 104 | 1237,3 | 162,7 |
| 50—60 | 128 | — | 1372,3 | 176,6 |
| — | — | 96 | 1274,1 | 159,9 |
| 60—70 | 108 | — | 1352,4 | 174,8 |
| — | — | 70 | 1227,5 | 155,8 |
| 70 und darüber .. | 36 | — | 1352,9 | 169,8 |
| — | — | 49 | 1207,1 | 151,1 |
| Unbekannt | 15 | — | 1362,9 | 176,8 |
| — | — | 7 | 1145,5 | 172,9 |

Nach Krankheiten:

| Namen der Krankheit. | Zahl der Fälle | | Ganzes Gehirn. | C. P. M. | Grosse Diffe- | |
|---|----------------|-----------|----------------|----------|---------------|----------|
| | männlich. | weiblich. | | | Ganzes Gehirn | C. P. M. |
| Idiotie | 11 | — | 1200,7 | 162,4 | 630 | 28,3 |
| — | — | 8 | 1077,7 | 149,2 | | |
| Imbecillität | 5 | — | 1255 | 172,1 | 477 | 42,5 |
| — | — | 6 | 1246,6 | 161,6 | | |
| Einfache Demenz | 159 | — | 1356,8 | 175,9 | 837 | 113,4 |
| — | — | 95 | 1234,1 | 158,7 | | |
| Dementia senil. | 107 | — | 1348,5 | 172,9 | 879 | 127,6 |
| — | — | 102 | 1204,9 | 153,8 | | |
| Acute Formen, darunter Manie, Melancholie etc. | 104 | — | 1441,6 | 183,3 | 864 | 113,4 |
| — | — | 131 | 1278,0 | 164,1 | | |
| Allg. Paralyse | 197 | — | 1302,0 | 177,5 | 844 | 127,6 |
| — | — | 46 | 1134,3 | 159,3 | | |
| Epilept. Geistesstör. ... | 65 | — | 1391,6 | 173,3 | 780 | 116,4 |
| — | — | 52 | 1217,6 | 154,3 | | |
| Chronische Manie mit Einschluss der chron. halluc. Geistesstörungen | 53 | — | 1392,9 | 179,2 | 707,0 | 85 |
| — | — | 59 | 1268,2 | 164,8 | | |
| Hirnschwund*) | 29 | — | 1251,2 | 172,3 | | |
| — | — | 30 | 1195,2 | 156,6 | | |

*) Die 59 Fälle dieser Rubrik finden sich ausserdem auch vertheilt unter den übrigen.

In einer dritten Zusammenstellung giebt Verfasser Zahlen über Hirngewichte nach den verschiedenen christlichen Confessionen; er findet, dass die Katholiken das schwerste Gehirn besitzen, ihnen zunächst kommen die Dissenter und hierauf erst die Anhänger der evangelischen Kirche; dies gilt sowohl für Männer als für Frauen. Obwohl er seine Zahlen nur an Geisteskranken gewonnen, ist er geneigt, auf Grund der Verhältnisse gesunder und kranker Gehirne, das Gleiche auch für Geistesgesunde anzunehmen. (Gegenüber diesen merkwürdigen Resultaten wird etwas Vorsicht jedenfalls am Platze sein.)

III. Rabagliati. On Classification and Nomenclature in nervous Disorders. Macht wieder den ätiologischen Standpunkt geltend.

IV. Bevan Lewis. Calorimetric observations upon the influence of various alkaloids on the generation of animal heat.

V. Rob. Lawson. Hyoscyamine in the treatment of some diseases of the insane. Der Aufsatz bildet eine Fortsetzung der im Band V. der Reports und im Practitioner (July 1876) veröffentlichten Untersuchungen. Vor Allem erwies sich das Medicament erfolgreich in der Coupurung des Status epilepticus, in einzelnen Fällen leistete es selbst bessere Dienste als das Chloralhydrat, dessen ausgezeichnete Wirkung im Stat. epilept. der Verf. besonders hervorhebt; ebenso wirksam erwies es sich in Aufregungszuständen der Paralytiker, sowie in Fällen von Harnretention bei den letzteren, die durch Katheterisation nur verschlechtert wurden. Die Gaben sind verschieden; vorsichtig angewendet bleiben die toxischen Erscheinungen aus; bei Epilepsie, epileptischen Aufregungszuständen, bei chronischer Manie bedarf es grösserer und häufigerer Dosen, $\frac{1}{4}$ Gran (engl.) 2 stündlich Tag und Nacht; kleine Dosen bei atactischen Störungen und Chorea; sehr günstig wird die Zerstörungs-sucht einzelner chronisch maniakalischer und senil Dementer durch das Medicament beeinflusst; auf Grund zweier Beobachtungen von Haematemesis nach eingranigen Gaben hält Autor das Mittel für contraindicirt bei Atherom der Arterien. Unwirksam scheint es bei Melancholie und Manie, von Vortheil in grossen Dosen bei periodischer Manie, während kleinere, wiederholt gegeben, ohne Wirkung blieben; einmal beobachtete Verfasser während des Gebrauches einen Rash; der ganze Körper war mit einem Masern ähnlichen Ausschlage bedeckt, Temp. 100,8; der phthisische und früher sehr aufgeregte Kranke wurde mit dem Auftreten der Eruption ruhig, doch kehrte die Erregung nach dem Aussetzen des Medicamentes wieder; die Eruption dauerte 10 Tage, war nicht von Kopfschmerz oder Coryza begleitet und verschwand fast plötzlich, von Abschuppung gefolgt.

VI. John Merson. The Climacteric Period in Relation to Insanity. Als Ergebniss der diesfälligen Untersuchungen über 1054 Weiber, die im Verlaufe von 4 Jahren in das W. R. Asylum aufgenommen worden, fand sich, dass die Periode von 40—55 Jahren (die absolut genommen nicht die höchste Ziffer der Erkrankungen darbot) relativ zur Zahl der Individuen aus der gleichen Altersklasse das höchste Verhältniss ergab; der rasche Abfall der Erkrankungsfälle nach dem 55. Jahre macht es sehr wahrscheinlich, dass das Aufhören der Menstruation dabei vom grössten Einflusse sein dürfte. Eine

weitere Vergleichung von 333 Fällen aus der Altersperiode von 40—54 mit den Angaben Tilt's zeigte, dass diejenigen Jahre, in denen bei den meisten Frauen die Menstruation cessirt, auch die meisten Irreseinstfälle lieferten. Von den 333 Fällen zeigten 59 keine Abnormalität der Menstruation, bei 69 hatte die Menstruation einige Zeit vor Beginn der Psychose ohne irgend welche Störung der Gesundheit cessirt, 147 erkrankten während des Aufhörens der Menstruation, in 58 Fällen fehlten genauere Angaben; eine Untersuchung der Fälle nach dem Alter ergab, dass von den 147 68 im Alter zwischen 44 und 48 standen. Aetiologisch fand sich, dass an und für sich die Cessation der Menses nicht oft die directe Ursache der Psychose ist, vielmehr andere, meist psychische Ursachen, zuweilen aber auch nicht mit dem Climacterium in Zusammenhang stehende Krankheiten die Veranlassung waren. Unverheirathete sind entschieden dem Erkranken in Folge des Climacterium mehr ausgesetzt, doch liegt dies in äusseren Ursachen, nicht im Climacterium selbst; ein Einfluss der Zahl der vorausgegangenen Geburten zeigte sich nicht; über den Einfluss der Heredität liess sich wegen mangelhafter Daten nichts Sichereres nachweisen, doch ist derselbe sehr wahrscheinlich. Was die Symptomatologie des climacterischen Irreseins betrifft, so findet M. die Angaben Skae's und Maudsley's in zahlreichen Fällen bestätigt; ebenso häufig findet sich eine anfänglich in Gefühlsperversitäten, Misstrauen und Verdacht gegen Verwandte und Freunde, später in Verfolgungswahn sich äussernde Form der Psychose; doch macht M. gleich die Einschränkung, dass ohne Kenntniß des Alters und der Entwicklungsgeschichte der Psychose wohl Niemand aus den genannten Symptomen climacterisches Irresein erschliessen würde. Drei Formen der Geistesstörung fielen namentlich bei der Aufnahme auf: Die erste ist charakterisiert durch einfache Depression ohne Hallucinationen oder Wahnideen; daneben zuweilen hochgradige Hyperesthesia; bei der zweiten finden sich neben der Depression Erregung der Gefühls- und intellectuellen Sphäre, nicht selten Hallucinationen und unbestimmte Wahnideen depressiver Natur; die dritte Form ist entschiedener Verfolgungswahn meist von Hallucinationen und zeitweisen Aufregungszuständen begleitet. — Im Anschlusse an die Auseinandersetzungen giebt Verfasser Casuistik; darunter einen Fall von epileptischer Geistesstörung, die mit dem Climacterium begann; in 9 anderen Fällen epileptischer Geistesstörung führte das Climacterium eine Verschlummerung herbei; auf Grund von 5 Fällen von progressiver Paralyse, die während des Climacterium aufgenommen worden, ist M. geneigt anzunehmen, dass das Climacterium einen modificanten Einfluss auf die Symptome der Paralyse nach der Richtung der Depression hin ausübe.

Die Prognose des climacterischen Irreseins hält M. im Gegensatze zu der gewöhnlichen Anschauung für sehr günstig; von 333 Fällen, die im Alter von 40—54 Jahren erkrankten, wurden 149 (44,7 pCt.) geheilt; von 147, bei denen das Climacterium als Ursache der Geistesstörung anzusehen war, wurden 69 (47 pCt.) geheilt; nach Ausschluss der Complicationen, Epilepsie, progressive Paralyse und anderer Hirnkrankheiten, stellt sich das Verhältniss der Heilungen sogar auf 59,5 pCt.

VII. Sutherland. Cases on the Borderland of Insanity. Eine Anzahl aphoristisch mitgetheilter Fälle, deren Deutung sich kaum allseitiger Zustimmung zu erfreuen hätte.

VIII. R. Lawson and Bevan Lewis. Clinical Notes on Conditions incidental to Insanity. Aus diesen gesammelten kleinen Beiträgen heben wir hervor die günstigen Wirkungen der Tanninsuppositorien gegen die unwillkürlichen Stuhlabgänge der Paralytiker, die Gefrässigkeit als Initialsymptom von Hirngeschwüsten, Heilung von Geistesstörungen, in deren Verlaufe Othaematom vorgekommen, die günstigen Wirkungen des Phosphors bei Demenz (die jedoch nicht sehr viel Zutrauen erweckten), die Weite der Pupillen bei Geisteskranken, eigenthümliche automatische Bewegungen der Hände und Finger bei mehreren Epileptikern im interparoxysmellen Stadium.

IX. Crochley, Clapham and Henry Clarke. The cranial outline of the Insane and Criminal.*). Die Verfasser massen mit dem Conformateur der Huttmacher beiläufig 1300 Geisteskranke, 500 Verbrecher und eine Anzahl gesunder Personen beiderlei Geschlechts, und kommen zu folgenden höchst bemerkenswerthen Schlüssen: Die Schädel der Geisteskranken unterscheiden sich in Bezug auf Capacität, Entwicklung und Symmetrie durchaus nicht von denen Geistesgesunder; alle Schädelformen Geisteskranker, mit Ausnahme einer, bei welcher der grösste transversale Durchmesser im vorderen Drittel des Schädels liegt, und die sich bei 7,75 pCt. der Geisteskranken, meist Paralytikern und Epileptikern fand, kommen auch bei Geistesgesunden vor; 82 pCt. der Geisteskranken hatten den grössten Querdurchmesser im mittleren Drittel des Schädels, 9,9 pCt. im hinteren Drittel; in 8,7 pCt. fand sich eine stärkere Entwicklung der linken Schädelhälfte und zwar am häufigsten bei Epileptikern; für die Beziehung dieser Thatsache zur Rechtshändigkeit spricht die Beobachtung, dass bei einer Anzahl von Verbrechern ausgesprochen stärkere Entwicklung der rechten Schädelhälfte mit Linkshändigkeit zusammenfiel; den Umstand, dass die stärkere Entwicklung der linken Kopfhälfte sich häufiger bei Männern als bei Frauen fand, wollen die Verfasser aus der Differenz der Beschäftigungen ableiten; die schönste Symmetrie fand sich bei Idioten. Eine Reihe von Tabellen, deren Detailaufführung zu weit führen würde, geben reichliches Material zur Vergleichung mit den bekannten Resultaten anderer Autoren.

X. Crichton Browne. Note on the Pathology of General Paralysis of the Insane. In dieser sehr interessanten Arbeit kommt Autor zu folgenden Schlüssen: Die Adhaerenzen der Pia sind der constante und charakteristische

*) Aus einem Briefe Barnard Davis' an einen der Verfasser führen wir folgende bemerkenswerthe Stelle an: My observations agree with those of Wagner, that weight of brain does not indicate any close relation to intellectual power and also that aboriginal races are not to be distinguished for smallness of brains. In fact the Ancient Britons, and I may add the Ancient Gauls also, were remarkable for goodsized, may even large brains.

Befund, sie erklären den Krankheitsprocess der progressiven Paralyse: das genaue Studium ihrer Localisation wird sowohl die Symptome als das Vorschreiten der Krankheit erklären; in 80 pCt. der untersuchten Fälle fanden sie sich immer, in Fällen, wo sie fehlten, waren immer diagnostische Zweifel vorhanden gewesen; es waren dies meist Fälle von einfachem Hirnschwund mit sehr chronischem Verlaufe, auch hält es C. B. nicht für unmöglich, ohne es jedoch als sicher hinzustellen, dass in diesen Fällen vielleicht früher vorhanden gewesene Adhaerenzen später gelöst worden sein mochten. (Nebenbei bemerkt er, dass er die von Magnan behauptete Thatsache, dass Wasser-injection in die Carotis und Jugularis verhandene Adhäsionen löse, nicht bestätigen konnte.) Das Fehlen der Adhaerenzen in einzelnen Fällen kann nicht gegen deren grundlegende Bedeutung sprechen, ebenso wenig das Vorkommen derselben in anderen Affectionen, die er alle der progressiven Paralyse für mehr oder weniger verwandt hält.

Den den Adhaerenzen zu Grunde liegenden Process hält er für einen entzündlichen und glaubt unter Berücksichtigung der bekannten Einwürfe dennoch sich der Anschauung Meyer's anschliessen zu sollen; eine Bestätigung sieht er darin, dass die Temperatursteigerungen in frühen Stadien auftreten, wo eben die Bildung von Adhaerenzen auf der Basis entzündlicher Vorgänge vor sich geht, während dieselben in späteren Stadien, wo es sich um Atrophie handelt, fehlen; die Beobachtung von Merson über eine stärkere Harnstoffausscheidung in der progressiven Paralyse bezieht er ebenfalls auf den entzündlichen Process in der Rinde; ebenso den initialen Kopfschmerz. Mit dieser Anschauung stimmen sowohl makro- als mikroskopische Befunde; von den letzteren betont er namentlich die Erkrankung der Ganglienzellen, während er für die Adhaesonen, gestützt auf die Thatsache, dass sie oft an Rindenpartieen vorkommen, die weit von einander entfernt liegen und nicht einem gemeinschaftlichen Gefässbeirke angehören, aber funktionell mit einander verbunden sind, annimmt, dass sie eine secundäre Erscheinung abhängig von der Ganglienzellenerkrankung sind; den Umstand, dass die Adhaerenzen immer an den Windungskuppen vorkommen, während sie in den Sulcis fehlen, erklärt er aus dem grösseren Drucke, den die Windungskuppen im hyperämischen Gehirne ausgesetzt sind, wodurch an denselben stärkere Reizung und Umwandlung des entzündlichen Exsudates zu bindegewebigen Adhäsionen erzielt wird; auch hält er es für nicht unwahrscheinlich, dass zeitliche Differenzen in der Ausbildung der Zellenlager in den Windungskuppen und in den Sulci dabei im Spiele wären; das Fehlen der Adhaerenzen in einzelnen Fällen liesse sich auch dadurch erklären, dass in solchen Fällen der atrophische Process weit gediehen war, ehe Hyperämien eintraten, und dann der Druck der Windungskuppen gegen Dura und Schädel fehlt.

Von der Ansicht nun ausgehend, dass die Adhaerenzen in funktionellen Störungen ihren Grund haben, hält C. B. es für möglich, durch ein vergleichendes Studium genauer Krankengeschichten und der Vertheilung der Adhaesonen nicht unwichtige Beiträge zur Localisation in der Hirnrinde zu geben; zur genaueren Feststellung der Adhaesonen bedient er sich folgenden Ver-

fahrens: Das Gehirn wird für einige Wochen in eine Mischung von 1 Theil starker Salpetersäure und 8 oder 10 Theilen Wasser gethan; nach einiger Zeit sind die weichen Hirnhäute vollständig zerstört, die Stellen, wo Adhaerenzen vorhanden gewesen, sind rauh und leicht kenntlich.

Bevan Lewis räth nicht so lange zu warten, sondern die Pia abzulösen, sobald sie schwarz und das Gehirn hart geworden ist. Auf 6 Tafeln finden sich schöne Darstellungen der Adhaerenzen an 6 Gehirnen von Paralytikern, deren Krankheitsgeschichten beigegeben sind.

Neben dem Hinterhauptslappen ist es auch die Insel, die nur in seltenen Fällen Adhaerenzen zeigt; sehr reichlich dagegen sind sie auf dem Stirnlappen; die vorderen Enden der drei Frontalwindungen sind fast nie frei; weniger ausgesprochen sind die Adhaerenzen im mittleren Drittel des Stirnlappens (von vorn nach rückwärts gezählt), und wieder stark im hinteren Drittel; das hintere Ende der 3. Stirnwindung zeigt fast regelmässig Adhaerenzen; in der Mehrzahl der Fälle finden sie sich auch, jedoch in schwächerem Masse, an der Orbitalfläche des Stirnlappens, zumeist in der Umgebung des Bulbus und Tractus olfact. Der Parietallappen zeigt fast regelmässig Adhaesonen, bald zerstreut in kleinen Fleckchen über alle Gyri, bald in grösserer Ausdehnung zusammenhängend, bald wieder einen oder den anderen Gyrus freilassend; sehr selten ist der Gyrus angularis frei; sehr unregelmässig vertheilt sind sie auch auf dem Schläfenlappen, zuweilen fehlen sie ganz, zuweilen finden sich nur kleine Fleckchen; am häufigsten finden sie sich an der ersten Schläfenwindung; an der medialen Fläche breiten sie sich namentlich über die vordere Partie des Gyrus marginalis (frontalis I.), zuweilen über den Gyrus fornicatus, Lobus quadratus und vordere Hälfte des Gyrus uncinatus aus; an der dem Tentorium aufliegenden Rindenpartie wurden nie Adhaesonen gefunden. Die Vertheilung auf den beiden Hemisphären ist meist ziemlich symmetrisch auch in Betreff der Ausdehnung, an der rechten scheinen die Adhaerenzen etwas zahlreicher als links. In Betreff der Skizze des Zusammenhangs dieser path.-anat. Befunde mit dem klinischen Bilde der Paralyse müssen wir auf das Original verweisen.

XI. A Case of Epilepsy. Rep. by the Medical Officers.

XII. M. Fothergill. Notes on the Therapeutic of some affections of the nervous system. Behandelt die in Folge mangelhafter Ernährung und aus Erkrankung der Genitalorgane hervorgegangenen Affectionen.

XIII. Hughlings Jackson. On Epilepsies and on the After Effects of epileptic discharges. (Todd and Robertson's hypothesis.)

Wie alle Arbeiten des berühmten Neuropathologen enthält auch diese eine reiche Fülle geistvoller Ideen und erlaubt gerade deshalb kein kurzes Referat. —

Die vorstehende kurze Anzeige dürfte sicherlich auch bei deutschen Lesern die Zustimmung zu dem Ausspruche eines französischen Kritikers erwerben, dass der angezeigte Band der Reports seine Vorgänger noch übertrifft.

A. Pick.

II.

Prout (Gazette des Hôpitaux 1877 No. 73) stellte im Hôpital Lariboisière zu Paris einen an Athetose leidenden 21jährigen Mann vor, dessen Krankengeschichte also lautet:

Während die linke Körperhälfte frei von jeder Anomalie ist, machen sich in der rechten, besonders in deren unteren Extremität continuirliche, unregelmässige und unwillkürliche Muskelbewegungen bemerkbar.

Noch deutlicher treten dieselben in der correspondirenden oberen Extremität, die ausserdem durch Contractur des M. pectoralis major und latissimus dorsi gegen den Thorax angezogen, und in Folge der genannten Muskelphänomene abwechselnd nach Innen und Aussen rotirt wird, hervor. Dabei ist der Vorderarm gegen den Oberarm und die Hand nach jenem hin gebeugt. Ferner werden die Finger, aber nicht alle zugleich, sondern einzeln und in unregelmässiger Reihenfolge, immerwährend langsamer oder rascher bald in starker Extension, bald in starker Flexion bewegt; in letzterem Falle der Art, dass es zu einem Abdrucke der Nägel in die Haut kommt.

Im Gegensatze zu solchen Contracturen, welche lange anhaltende Hemiplegien zu bedingen pflegen, lassen sich die Finger und die Hand leicht und ohne Schmerzen extendiren, um aber bald darauf wieder in ihre frühere Stellung zurückzukehren.

In Folge der Unmöglichkeit, willkürliche Bewegungen auszuführen, vermag der Kranke z. B. seine Hand entweder gar nicht oder erst nach mehreren grotesken Bewegungen in eine bestimmte Richtung zu bringen. Ebenso kann er keinen Gegenstand ergreifen und einen in die Hand gegebenen nicht festhalten oder, was noch häufiger der Fall ist, nicht wieder loslassen.

Diese motorischen Störungen, welche in der Nacht schwächer werden oder zuweilen selbst ganz nachlassen, und welche nicht von Sensibilitätsanomalien begleitet sind, nehmen zu, wenn sich der Kranke beobachtet weiss, nicht aber nach Verschluss seiner Augen.

Bei vollständiger Integrität der Sinnesorgane leidet endlich die Ernährung der affirirten Körperhälfte in einer nicht zu verkennenden Weise Noth.

In ätiologischer Hinsicht wird sodann bemerkt, dass, nachdem dieser Kranke im vierten Lebensjahre plötzlich von Krämpfen und Schwere in der rechten Körperhälfte heimgesucht worden war, erst in einer späteren nicht genau anzugebenden Zeit die Chorea ähnlichen Bewegungen, wie sie heute bestehen, ihren Anfang genommen haben.

Anlangend die Pathogenese des oben schon näher bezeichneten Leidens sollen zu demselben, das, keine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom, der allgemeinen Annahme zufolge vielfachen mehr oder weniger bekannten Hirnläsionen seine Entstehung verdankt, nach Charcot vorzugsweise Hämorrhagien, Erweichung oder Atrophie des Thalamus, des Linsenkerns und Corpus striatum, Consequenzen, die mit Vorliebe das Kindesalter befallende Gehirnaffectionen im Gefolge haben, die Veranlassung abgeben.

Was die Diagnose des in Rede stehende Zeichens anlaugt, so könnte dasselbe mit halbseitiger Chorea und dem Zittern, welches sich bei gewissen Hemiplegien dann zeigt, wenn die Bewegungen zurückzukehren anfangen, verwechselt werden.

Indess schützen im ersten Falle vor einem Irrthume die ätiologischen Momente und die Dauer der Krankheit sowie der Umstand, dass halbseitige Chorea nur sehr selten vorkommt.

Das Muskelzittern aber, welches sich unter den erwähnten Umständen nur durch unbedeutende Erschütterungen kennzeichnet und bei Ruhe des Gliedgänglich verschwindet, unterscheidet sich leicht von den grotesken Bewegungen des quäst. Symptoms.

Vergleicht man schliesslich noch den vorstehenden Fall mit denen Hammond's, Bernhardt's und Charcot's, so ergiebt ich aus allen eine Congruenz der motorischen Störungen, dagegen besteht bei dem obigen Atrophie der leidenden Körperhälfte, während der Hammond'sche Fall durch Hypertrophie ausgezeichnet war. Ausserdem fehlt in dem vorstehenden Anästhesie, welche letzteren begleitete, und welche Charcot 3 mal in 5 Fällen zu beobachteten Gelegenheit hatte.

Dr. Pauli.
