

XI.

**Berliner**

**Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.**

---

**Sitzung vom 9. Mai 1881.**

Vorsitzender: Herr Westphal.  
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als Guest anwesend:

Herr Dr. Richter aus Pankow.

Vor der Tagesordnung widmet der Vorsitzende dem verstorbenen Mitgliede Herrn Prof. Waldenburg einen kurzen Nachruf.

Herr Westphal: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. Der Vortragende stellt einen Fall der von Thomsen zuerst ausführlicher beschriebenen Krankheit vor, deren Hauptsymptom in einer unter gewissen Umständen eintretenden Steifigkeit und einer Hypertrophie fast sämmtlicher quergestreifter Muskeln besteht. Der Fall wird in diesem Archiv ausführlich veröffentlicht werden.

In der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion bemerkte zunächst

Herr Bernhardt, dass zu der von dem Vortragenden angeführten Literatur noch der von Peters im Jahre 1879 in der Deutschen militärärztlichen Zeitschr. Heft 3 veröffentlichte Fall hinzuzufügen sei. — Was die Muskeluntersuchungen betreffe, so sei es in dem von ihm beschriebenen Falle dem später denselben Kranken behandelnden Arzte gelungen, den Kranken zu bewegen, sich behufs mikroskopischer Untersuchung Muskelsubstanz entnehmen zu lassen. Die von den Herren Dr. Jacusiel und Dr. Grawitz ausgeführte Untersuchung habe (nach persönlich dem Redner von Dr. Jacusiel gemachten Mittheilungen) etwas von der Norm abweichendes nicht ergeben.

Herr Moeli sah in Rostock den Thomsen'schen Fall. Die elektrische Erregbarkeit verhielt sich so, wie spätere Autoren sie beschrieben, namentlich dauerten die am M. rectus abdominis mittelst des faradischen Stromes erziel-

ten Contractionen bis zu 30 Secunden an. Durch passive Bewegungen oder auch schon bei blossem Anblasen der Haut oder oberflächlichem Ueberfahren mit einem Schwamm traten die Zusammenziehungen der Muskeln sofort ein. Das von Thomsen betonte psychische Moment trete also in den Hintergrund.

Herr Binswanger demonstriert unter Hinweis auf seinen Vortrag in der vorletzten Sitzung das Gehirn eines von Kind auf schwachsinnigen und epileptisch gewesenen 25jährigen Mannes, dessen körperliche Entwicklung keine Abnormitäten gezeigt hatte.

Die oberen zwei Dritttheile der Centralwindungen, sowie der Fuss der oberen und mittleren Stirnwindung beider Hemisphären sind zu derben, auf der Oberfläche sehnig-weissen und platten, auf der Schnittfläche derbfaserigen und streifigen Partien umgewandelt, welche als plumpe, unregelmässig gebildete Massen gegenüber den übrigen schmalen, normal angeordneten Windungszügen hervortreten. Die mikroskopische Untersuchung des Präparats, das durch Aufbewahrung in verdünntem Alkohol vielfach gelitten hatte, gab keine ganz befriedigenden Aufschlüsse über die histologische Beschaffenheit der erkrankten Stellen. Hervorstechend war ein derbfaseriges, vielfach verfilztes, bindegewebiges Lager, in welchem Zellformen der verschiedensten Art sich vorfanden. Mit Deutlichkeit konnten unter denselben Ganglienzellen, der kleinen Pyramidenform zugehörig, unterschieden werden.

Das Gehirn zeigte sonst nichts Besonders. So weit ein Schluss aus den anamnestischen Erhebungen und den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung gemacht werden kann, handelt es sich hier um einen in der frühesten Kindheit oder intrauterin abgelaufenen encephalitischen Process, welcher symmetrisch die Centralwindungen beider Hemisphären betraf und mit Sklerosierung der betreffenden Partien endigte.

Für diese Auffassung spricht auch der Befund bei der Obdunction. Herr Birch-Hirschfeld in Dresden, welcher freundlichst dem Vortragenden das qu. Gehirn zur genaueren Untersuchung übersandte, machte hierüber die folgende briefliche Mittheilung: Das Gehirn war von mittlerer Consistenz, nur die missbildeten Windungen abnorm fest, sklerotisch; die Pia mater mässig injicirt, über den abnorm gebildeten Windungen fest.

Bemerkenswerth ist noch, dass die Schwester dieses schwachsinnig gewesenen jungen Mannes idiotisch ist, seit dem zweiten Lebensjahre motorische Schwäche des linken Beines zeigt und seit dem 11. Jahre an Krampfanfällen — eine genauere Beschreibung derselben ist nicht gegeben — leidet. Dieselbe ist jetzt 24 Jahre alt und zeigt nach Angabe des behandelnden Arztes gegenwärtig ein Ueberwiegen der Reflexthätigkeit, Erschrecken mit unvollständigem Krampfanfall, Drehen des Kopfes, auch Hinstürzen beim geringsten plötzlichen Geräusche.

In der sich dem Vortrage anschliessenden Discussion bemerkt Herr Westphal, dass die Piaveränderungen an der Hirnoberfläche wohl auf entzündliche Prozesse schliessen liessen, eine Anschauung, der auch Herr Binswanger sich anschliesst.

## Sitzung vom 13. Juni 1881.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Westphal hielt unter Vorlegung des Präparats den angekündigten Vortrag „Ueber einen Fall von primärer Seitenstrangsclerose mit ungewöhnlichem Ausgange.“

Es handelt sich um eine Affection der Seitenstränge (Pyramidenseitenstrang- und Kleinhirnseitenstrangbahnen), unter dem Bilde der spastischen Spinalparalyse auftretend, zu der sich unter acuten Symptomen eine Affection (Erweichung) der einen Hirnhemisphäre gesellte. Die Hinterstränge des Rückenmarks waren nur andeutungsweise betheiligt.

Der Vortrag wird ausführlicher veröffentlicht werden.

Auf die Frage des Herrn Wernicke, ob im mitgetheilten Falle die graue Substanz des Rückenmarks intact war, betont Herr Westphal das Fehlen der Ganglienzellen in den Clarke'schen Säulen.

Auf die Frage des Herrn Bernhardt, ob der Vortragende einen Zusammenhang der gefundenen Affection der Hinterstränge mit der Erweichung in der Balkengegend des Hirns annehme, wie ja ähnliche Fälle von Schultze und Westphal beschrieben seien, erwidert der Vortragende, dass ein solcher Zusammenhang im vorliegenden Falle nicht anzunehmen sei.

Nach Herrn Senator würden die von ihm in allen seinen Fällen von „spastischer Spinallähmung“ beobachteten Blasenstörungen nicht genügend von den Autoren hervorgehoben.

Herr Westphal hat derartige Störungen wiederholt gesehen.

Nach Herrn Wernicke hätte die Art der Gehirnerkrankung nichts Auffallendes: schon die älteren Autoren Roustan, Durand-Fardel hätten Gehirnerweichungen ohne Gefässerkrankungen beschrieben.

Herr Binswanger hat bei der frischen Untersuchung des in Rede stehenden Falles Körnchenzellen gefunden: die Gefässen seien normal gewesen. Dies sei selten: viele Fälle früher beschriebener weißer Erweichung seien, da mikroskopische Untersuchungen fehlen, als cadaveröse Erscheinungen aufzufassen.

Herr Westphal erinnert daran, dass angenommen zu werden pflegt, dass derartige Erweichungen ohne Gefässerkrankungen nicht vorkämen, dass dagegen von den Franzosen diese Erkrankung ohne Erkrankung der Gefässen statuiert sei.

Hierauf demonstriert Herr Reinhard ein Idiotengehirn.

Ein nicht erblich belastetes, normal veranlagtes Mädchen von 4 Jahren bekommt in der Reconvalescenz von Masern eine Hirnapoplexie mit consecutiver totaler rechtsseitiger Lähmung, epileptischen Krämpfen, Aphasie, Verlust des rechten Gehörs und Abnahme der Intelligenz. Auf der Kinderstation der Charité, wo die Diagnose auf Tumor cerebelli gestellt wurde, ging die

Lähmung unter Anwendung faradischer Ströme etwas zurück. Später eignete sich das Kind auch wieder einige wenige Begriffe und Worte an; die Besserung der Motilität nahm aber bald wieder ab, die Geistesschwäche markierte sich immer mehr und Patientin müsste schliesslich wegen grosser Hülfflosigkeit und Unreinlichkeit der städtischen Pflegeanstalt übergeben werden. Bei der Aufnahme fand sich neben den bereits erwähnten Symptomen totales Unvermögen zu stehen und zu gehen mit beiderseitigem leichtem Pes varo-equinus, beschränkte spontane Beweglichkeit der Arme und Hände, besonders der rechten Seite, seltene und leichte spastische Erscheinungen, Kleinheit der linken Gesichtshälfte, Abflachung der linken Wölbung des Schädeldaches. Mit Ausnahme des Gehörs functionirten alle Sinne normal. Die wenigen Worte, welche Patientin sprach, hatten ein sehr kindliches Gepräge auch in der Art, wie sie vorgebracht wurden.

Die Section ergab ein normales Verhalten des Rückenmarkes und der Spinalnervenwurzeln, totale Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach, sehr weite Stirnhöhlen, bedeutende Kleinheit und Abflachung der linken mittleren Schädelgrube, Eburneatio des linken Os petros., Os tempor. und grossen Keilbeinflügels, beträchtliche Atrophie der linken Grosshirn-Hemisphäre, besonders im Schläfen- und Hinterhauptstheil, und eine nicht unbedeutende Atrophie der rechten Kleinhirnhemisphäre. Der linke Gyr. uncin. sowie ein grosser Theil des linken Schläfenlappens — weniger die linke Insel — bernsteinfarbig und härtlich anzufühlen; die ganze erste linke Schläfenwindung violett gefärbt, beutelartig schlaff, zu einem mit dem erweiterten Seitenventrikel communicirenden Hohlraum entartet, der stellenweise nur durch die Pia abgeschlossen wird, nirgends in seiner Wandung aber noch weisse Substanz enthält.

Aus dem Fehlen erblicher Belastung sowie jeder Spur von Atypie und abnormem Arrangement der Windungen, ferner aus dem zeitlichen Zusammenhang zwischen Märsen und Apoplexie kann man, auch wenn man das Kind früher nicht gekannt hat, den Schluss ziehen, dass es sich hier nicht um eine sozusagen auf pathologischer Keimanlage resp. -Entwickelung beruhende Missbildung des Gehirns handelt, sondern um eine solche, welche das Gehirn erst nach Ausbildung seines normalen Typus und Gepräges traf. Die Schieflheit des Gesichtsgerüstes lässt sich wohl auf die frühzeitige Verschliessung der Nähte zwischen der linken Hälfte des Keilbeins und den benachbarten Schädelknochen zurückführen (nach Analogie von Virchow's Stenokrotophie). Die Aphasie hatte ihren Grund in der pathologischen Veränderung des linken Schläfenlappens und der linken Insel. Das später wieder erlangte Vermögen wenige stammelnde Worte zu sprechen, lässt sich vielleicht aus der Erhaltung einiger Partien dieser Hirnregion, oder aber durch den Eintritt einer vicariirenden Function des entsprechenden rechtsseitigen Hirnbezirks erklären. — Ob der Verlust des rechten Gehörs auf die Affection im linken Schläfenlappen zu schieben ist, dürfte schwer zu sagen sein. Spuren einer Otitis oder eines Tubercatarrhes fanden sich nicht. — Die relativ geringe Atrophie der Centralwindungen macht es begreiflich, weshalb es nicht zu einer absteigenden

Degeneration der Leitungsbahnen mit permanenten Contracturen kam. — Die gekreuzte Atrophie ist nicht nur anatomisch-physiologisch interessant, sondern auch insofern, als die bald nach der Apoplexie gestellte Diagnose auf Tumor cerebelli durch diesen Befund ihre pathologisch-anatomische Begründung erlangen dürfte. — Was den Ort der Hirnapoplexie betrifft, so fand dieselbe im 1. Schläfenlappen statt. Dieselbe war hämorrhagischer Natur, wie sich noch jetzt aus der eigenthümlich gelblichen Färbung des Schläfenlappens schliessen lässt.

In der sich dieser Demonstration anschliessenden Discussion, an der sich vorwiegend die Herren Wernicke, Reinhard, W. Sander betheiligt, constatirt Herr Wernicke, dass der ganze Occipitallappen in der atrophischen Zone inbegriffen ist, und fragt den Vortragenden, ob hemiopische Erscheinungen beobachtet worden wären, eine Frage, die sowohl von Herrn Reinhard wie von Herrn Sander verneint wird. Letzterer weist außerdem darauf hin, dass der vorliegende anatomische Befund eine Hemiopie auch gar nicht zu bedingen brauche.

Herr Wernicke bestreitet, dass die von den Herren Sander und Reinhard verneinte Constatirung der Hemiopie etwa beweise, dass dieselbe nicht vorhanden gewesen sei.

Ausserdem betont Herr Wernicke auch die von dem Vortragenden hervorgehobene rechtsseitige Taubheit, die in der Erkrankung des linken Schläfenlappens nach den neuesten Munk'schen Untersuchungen ihre Erklärung finden dürfte.

### Sitzung vom 11. Juli 1881.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Remak: Krankenvorstellung eines Falles von Ponsaffection.

Der 46jährige, mir am 20. Juni d. J. von Herrn Collegen Baumeister überwiesene Patient mit deutlichem Strabismus convergens lässt bei der Blickrichtung nach links eine vollständige Lähmung des linken Abducens erkennen. Dabei geht aber das rechte Auge nicht, wie bei peripherer Abducenslähmung, stark in den Canthus internus, sondern rückt unter lebhaften Nystagmusbewegungen nur soweit in denselben, dass immer noch 2 bis 3 Mmtr. der Sklera sichtbar bleiben. Auch bei Convergenz der Augen bleibt unter Nystagmusbewegungen der rechte Bulbus zurück, während alle übrigen Augenbewegungen, die Accommodation, der ophthalmoskopische Befund beiderseits normal sind, und nur die rechte Pupille etwas weiter ist, beide aber gleich gut auf Licht reagiren.

Dass dieser Symptomencomplex einer Paralyse des Abducens mit Parese des Rectus internus des anderen Auges für eine Erkrankung der Region des gleichseitigen Abducenskerns im Pons pathognomonisch aufzufassen ist, wurde in dieser Gesellschaft in den Sitzungen vom 7. Februar

1876 und 12. Juli 1880 (Berl. klin. Wochschrift 1876, No. 27 und 1881, No. 11 oder Archiv f. Psych. Bd. VII., S. 639 und Bd. XI., S. 480) ausführlich erörtert, so dass ich darauf verweisen kann. Da Ihnen aber bisher noch nicht die Gelegenheit geboten wurde, einen derartigen Fall intra vitam zu sehen, so möchte ich Ihre Aufmerksamkeit darauf lenken, was ich fast genau vor einem Jahre hier wieder hervorheben zu müssen glaubte, dass auch in diesem Falle die Parese des rechten Rectus internus sehr viel geringer ist, als die Paralyse des linken Abducens, dass von einer conjugirten Lähmung oder gar von einer Beziehung zur typischen Déviation conjuguée des Kopfes und der Augen wohl nicht die Rede sein kann.

Während bei den hier ihrer Zeit mitgetheilten Fällen von Wernicke und Bernhardt mit der Abducenslähmung ferner eine gleichseitige degenerative Facialislähmung mit den Charakteren der Mittelform als Folge der Erkrankung des Facialis-Abducenskerns einherging, ist bei unserem Patienten der linke Facialis ganz intact; dagegen wird bei weitem Oeffnen des Mundes, durch Verziehung desselben nach links, eine Parese des rechten gekreuzten Mundfacialis bemerkbar, während die elektrische Erregbarkeit beiderseits normal ist. Als ferneres Symptom einer rechtsseitigen Facialislähmung ist wieder eine selten hochgradige Lähmung des rechten Levator veli palatini aufzufassen, indem das Gaumensegel rechts schon in der Ruhelage sehr viel tiefer steht, bei der Phonation sich aber nahezu gar nicht hebt. Dabei zeigt die hervorgestreckte Zunge keine Deviation, ist die Sprache, die Deglutition und die Phonation ungestört, auch der laryngoskopische Befund normal. An den Extremitäten sind Lähmungsscheinungen nicht nachzuweisen, ebenso wie Sensibilitätsstörungen überall fehlen. Die einzige Abnormität, welche sich hier noch nachweisen lässt, und welche ich gleichzeitig mit sogenannten cerebralen Monoplegien auch sonst beobachtet habe, ist der rechtsseitigen Monoplegia facialis entsprechend eine deutliche Steigerung des Kniephänomens im rechten Bein, während das Fussphänomen beiderseits fehlt. Weiterhin sind noch zu erwähnen eine im Anfang meiner Beobachtung vorhandene, jetzt zurückgegangene leichte Polyurie bis auf 4000 Ctm. pro die, übrigens ohne Zuckerausscheidung, und eine bis 66 ermässigte Pulsfrequenz.

Aus diesen Symptomen lässt sich auch auf Grund anderweitiger Befunde mit grosser Wahrscheinlichkeit die Herddiagnose auf eine Erkrankung in der linken Ponshälfte stellen, welche wahrscheinlich etwas höher sitzt, als in den hier früher mitgetheilten Fällen, da nicht, wie in diesen, der gleichseitige Facialiskern mit erkrankt ist, sondern vielmehr ein Theil der Pyramidenbahn vor ihrer Kreuzung getroffen ist. Es kann also der vorhin bezeichnete Symptomcomplex der Erkrankung der Abducenskernregion gelegentlich die genauere Herddiagnose für eine gekreuzte Hemiparese ermöglichen, wie dies in analoger Weise bei anderen Formen der gekreuzten Lähmung durch die Affection einzelner Hirnnerven, z. B. des Oculomotorius bei Hirnschenkel-erkrankungen, des Facialis in der sogenannten Gubler'schen alternirenden

Lähmung des Facialis und der Extremitäten ebenfalls bei Ponserkrankungen schon allgemein bekannt ist.

Anamnestisch ist zu erwähnen, dass Patient angeblich gesund war bis zum 17. April d. J.. An diesem Tage, dem ersten Osterfeiertage, bemerkte er plötzlich, als er auf einer Chaussee einen weiten Weg machte, dass er immer wie ein Betrunkener nach rechts an die Bäume anlief. Er litt nunmehr 3—4 Tage lang an Schwindel und Kopfschmerzen und sah etwa 8 Tage lang doppelt, während er seitdem nicht mehr doppelt, sondern nur undeutlich sieht. Auch innerhalb der Beobachtung sind Doppelbilder ohne farbige Gläser nicht zu erzielen gewesen.

Syphilitische Infection wird in Abrede gestellt. Seine Frau hat ihm aber zwei tote Kinder geboren, zwei andere sind jung an Abzehrung gestorben. Er selbst litt mehrfach an torpiden Hautgeschwüren, von denen noch sichtliche Narben vorhanden sind. Die Lymphdrüsen sind vielfach geschwollen. Bei der Aufnahme bot er in der rechten Kniekehle einen floriden, ausgedehnten Ausschlag dar, welcher jetzt im Abheilen begriffen, von Herrn Collegen Lassar zwar als nicht-syphilitischer Natur als Herpes tonsurans arcuatus bestimmt wurde, dessen auffallend günstiger Ablauf unter einem Quecksilberpflaster aber immerhin bemerkenswerth sein dürfte. Da eine apoplectisch aufgetretene Herderkrankung (Erweichung) der linken Ponshälfte möglicherweise auf syphilitischer Basis somit anzunehmen und der bisherige Gebrauch von Jodkalium ohne Erfolg geblieben ist, so soll demnächst eine Injectionscur eingeleitet werden.

Eine Discussion schloss sich an diese Vorstellung nicht an.

Hierauf demonstriert Herr Richter (Dalldorf) seine Methode trockner Gehirnconservirung.

Man entfernt die Pia minutiös und legt darauf das Hirn in Spiritus oder, wenn es etwas matsch war, in Alkohol. Nach 24 Stunden giesst man den ersten Spiritus resp. Alkohol weg und ersetzt ihn durch neuen. Das Hirn wird dadurch soweit entwässert, dass es eine relative Consistenz enthält. Im Alkohol resp. Spiritus kann man es beliebig lange liegen lassen, um zur Methode der trockenen Conservirung überzugehen. Sie besteht darin, dass man das Hirn 2 bis 3 Wochen lang täglich ein oder zwei Mal in rohen Holzessig taucht, um es dann gewöhnlicher Zimmertemperatur auszusetzen. Der Holzessig verdrängt nämlich gradatim den flüchtigen Spiritus aus dem Hirnparenchym und durchsetzt es mit seinen conservirenden Bestandtheilen; bereits am zweiten Tage beginnt das Hirn an seinen äussersten Rändern trocken und braun zu werden, um schliesslich eine tiefbraune bis schwarze Farbe zu gewinnen. Es dauert dann noch einige Wochen, während welchen man es nicht mehr in Holzessig zu tauchen nöthig hat, bis es ganz trocken und hart geworden ist. Auch Hirne, die in Müller'scher Flüssigkeit oder in Lösung von Kali bichromicum lagen, lassen sich mit Holzessig noch prächtig conserviren; sie müssen nur, ehe man sie mit demselben behandelt, vorher wie frische Gehirne in Spiritus oder Alkohol entwässert worden sein. Ich glaube sicher,

dass auch Hirne, die man in Wickersheim aufhob, noch mit Holzessig nach vorher gegangener Entwässerung in Spiritus trocken zu conserviren sind.

In der sich hieran anschliessenden Discussion bespricht Herr Mendel unter Vorzeigung von Präparaten die von ihm befolgte Methode. Er legt die Gehirne zuerst 12 Tage in concentrirtere, dann 25 Tage in verdünntere Lösungen von Salpetersäure und Wasser (1 : 5 und 1 : 10) und lässt die Präparate alsdann 2 Monate lang in der Luft trocknen.

Auf eine diesbezügliche Frage des Herrn Westphal bejaht Herr Mendel an, dass diese Methode auch von den Franzosen beschrieben und in Anwendung gezogen sei.

Hierauf hält Herr von den Steinen den angekündigten Vortrag: Reisenotizen über einige Irren-Anstalten in Australien und Asien.

Der Vortragende hat es sich auf einer anderthalbjährigen Reise um die Erde angelegen sein lassen, überall, wo die Möglichkeit vorhanden war, Irrenanstalten zu besuchen, und, wo es an solchen mangelte, wenigstens Erkundigungen in psychiatrischem Sinne einzuziehen. Er hat sich hierbei der Ueberzeugung nicht verschliessen können, dass in der weitverbreiteten Meinung von dem directen Einfluss der Civilisation auf die Entstehung von Geisteskrankheiten wahrscheinlich vielfaches Unrichtige und Uebertriebene enthalten sei. Die weissen Menschen bringen den schwarzen oder braunen nicht die Geisteskrankheit, sondern constatiren sie nur unter ihnen, wenn sie dazu das Wissen und den Willen besitzen. In Amerika hört man häufig, unter den Negern habe es vor der Emancipation keine Irren gegeben. Es wird sich mehr empfehlen, anzunehmen, dass man sich in jener allerdings uncivilisatorischen Epoche nicht um sie gekümmert hat. Es finden sich ihrer jetzt genug in Cuba, wo auch noch ein solider Rest der alten Sklavenwirtschaft besteht und die Neger nur sehr oberflächlich von der Cultur beleckt sind. In China macht man offenbar noch heute kurzen Process.

So war in Canton selbst von einem Arzte, der jährlich 6000 poliklinische Patienten sieht, nichts über geisteskrank Chinesen zu erfahren. Und doch stellen die Söhne des himmlischen Reiches z. B. in Sydney, obwohl sie weder ihre Lebensweise verändern, noch einen schwereren Kampf um's Dasein als in ihrer Heimat zu führen haben, in einem Jahre sogar einen doppelt so grossen Procentsatz zur Anstaltsbevölkerung als die dortigen Europäer. — Es ist doch nur eine natürliche Folge der äusseren Verhältnisse, wenn sich auf den Samoa-inseln nur mit Noth vereinzelte Blödsinnige und Verrückte auffinden liessen; wenn aber dieselbe polynesische Race auf Neuseeland, wo sie doch ihrer Masse nach der Civilisation wenig zugänglich, in eigenen Districten abgesondert lebt, 1879 bereits mit 15 Geisteskranken in den Anstalten vertreten ist, so beweist diese Zahl mit Sicherheit, dass ihrer viele mehr existiren müssen.

Der Vortragende, welcher sich betreffs des amerikanischen Irrenwesens einen besonderen Bericht vorbehalten möchte, hat Anstalten besucht in Neu-Seeland, Neu-Südwales, Java, Indien und Japan. Er theilt dieselben ein in Anstalten, die nur oder in der Majorität eingewanderte Europäer oder

deren Nachkommen beherbergen, und in solche, deren Insassen vorwiegend Eingeborene sind; erstere decken sich der Hauptsache nach mit den australischen, letztere mit den asiatischen Asylen.

Die Colonistenanstalten in Australien sind naturgemäss nichts als den Verhältnissen angepasste Modificationen der heimischen Institute, doch gewähren sie dem Reisenden ein anziehendes Studium, da sie ausserordentlich getreu in einem kleinen, aber scharfen Bilde die Entwicklung der jungen Staaten wiederspiegeln. Dieses bezieht sich auf die Statistik der Zahlen, wie sich die Kranken auf das Bunteste aus Angehörigen aller möglichen Gegenden der Erde zusammensetzen, wie anfänglich die merkwürdigsten Missverhältnisse in der Anstalt von Männern und Frauen, von Verheiratheten und Unverheiratheten, in der Vertheilung der Lebensalter, der Beschäftigungen herrschen und sich hier erst später als in dem bürgerlichen Gemeinwesen allmälig ausgleichen, eine wie hervorragende Rolle im Beginn der Alkoholismus spielt, u. s. w. In Angelegenheiten der Verwaltung, was die Gebäude, was die Bebeschaffung und Besoldung der Aerzte und des Wärterpersonals anlangt, erzeugt die Unfertigkeit der Zustände häufig eigenthümliche Details, über die man zunächst vergnügt den Kopf schüttelt, und von denen man sich schliesslich bewusst wird, dass man sie nicht erst bei den Antipoden aufzusuchen braucht. Beziiglich eines specielleren ärztlichen Interesses an sich etwa durch das Klima und die veränderte Lebensweise bedingter Besonderheiten der Aetiologie und der Form ist es auch in Australien noch unendlich leichter Fragen zu stellen, als belehrende Antworten zu erhalten. In Summa findet man gewiss, selbst wenn man darüber unterrichtet ist, mit wie rapidem Fortschritt sich an jenen Gestaden der Südsee eine wenigstens in den Aussenlinien von der europäischen in Nichts unterschiedene Ordnung gestaltet hat, alle Erwartungen durch den erfolgreichen Import des englischen Irrenwesens übertroffen. Weder in Neuseeland noch auf dem Continent sind die Zahlen für das Verhältniss der Gesamt- und der Anstaltsbevölkerung wesentlich anders als bei uns. Die Anstalten bei Sydney halten jeden Vergleich mit unseren aus. Ja, man möchte die Glücklichen beneiden, welchen keine historische Erbschaft die Hände bindet, und welche dort immer Neues frisch aufführen können, wo wir oft Alles umzubauen genötigt sind.

Auch in Java beginnen sich die früher schauderhaften Zustände zu klären; der beste Schritt ist mit der Erbauung einer Anstalt in Buitenzorg bei Batavia gethan, deren moderner Plan mit den erschreckend primitiven und unhygienischen bisherigen Instituten in erfreulicher Weise contrastirt.

Nähere Einzelheiten, die der Vortragende aus den von ihm gesammelten Reporten und persönlichen Informationen zusammenstellt, sowie die Beschreibung der directen Eindrücke entziehen sich einem Referat.

Ein ganz besonderes Interesse vindicirt er den Anstalten für Eingeborene in Britisch-Indien. Die Anzahl der von dem Staate versorgten Irren hat sich seit einer Verfügung der Regierung, — laut deren nur geisteskranke Verbrecher, und ausser ihnen Mittellose, entweder absolut gefährlicher

oder präsumptiv heilbarer Natur aufgenommen werden —, nicht unbeträchtlich verringert. In den 6 Anstalten der Provinz Bengalen fiel die Durchschnittszahl von 1877 mit 1416 pro 1879 auf 890 Kranke. Das wäre nur 0,0137 pro mille der Gesamtbevölkerung. Ueber 80 pCt. der Aufnahmen werden als geheilt oder gebessert entlassen. Ein solches Resultat ist den englischen Aerzten zufolge durch die grosse Menge der „Ganja“- (Cannabis indica)-raucher bedingt, deren Psychosen sie fast alle den prognostisch günstigen Manien zurechnen. So nahm man beispielsweise bei 1187 unter Behandlung befindlichen Patienten folgende Aetioologie an: Hanf 327, Spirituosen 40, Opium 10, (Syphilis<sup>1</sup> 1, Sonnenstich 1 etc.).

Hier oder sonstwo in den Tropen sollte sich das Ideal des psychiatrischen Anstaltsarztes am ersten verwirklichen lassen. Er würde frei sein von allen Sorgen für Ventilation und Heizung, allerdings einige neuen betreffs der Bade- und Latrineeinrichtungen finden. Unsere stolzen Gebäude schrumpfen dort zu einer Reihe von Schlafbaracken zusammen, die dem Kranken des Nachts Ruhe und während einiger Stunden des Tages Kühle und Schatten gewähren. Die Nahrungsbedürfnisse der Eingeborenen sind für unsere Begriffe mehr als bescheiden, die der Kleidung nur zu leicht befriedigt. (In Bombay zählte der Vortragende in einem Hof für Aufgeregte 30 splitternackte Individuen, er sah sie so Erdarbeiten besorgen und auch in diesem zwanglosen Zustande auf dem Boden sitzend ihre Mahlzeit einnehmen.) Mit ein wenig Tabak und Süßigkeiten werden sie reichlich belohnt, eine Tanzvorstellung alle 14 Tage macht sie glücklich. Und wo könnte derjenige, der für die Beschäftigung<sup>2</sup> der<sup>3</sup> Kranken schwärmt, ein belebteres, und ein sich dem Gedächtniss in der<sup>4</sup> That unvergesslich einprägendes Schauspiel sehen als in dem Dullunda-Asyl bei Calcutta? Es wird dort geflochten, gewebt, gehämmert, gestampft, gemahlen, dass es eine Freude ist, zuzusehen. Aus ein paar Stücken Holz, Bambus und einigen Stricken schafft sich der ostasiatische Handwerker fast alle seine Maschinen, sie kosten nichts, sind aber zum Theil, z. B. die Mehl- und Reismühlen für die Beschäftigung leicht Unruhiger wirklich geradezu ideal. Hiermit verbindet sich eine rege landwirtschaftliche Thätigkeit, und, was diese zu Stande bringen kann, lässt sich vorstellen. 84 pCt der Kranken sollten immer beschäftigt sein; der Arbeitsertrag eines Jeden wurde auf 30—36 Rm. veranschlagt.

An eine wissenschaftliche Verwerthung des Materials wird nicht einmal gedacht. Und, wenn die Aerzte selbst Specialkenntnisse besäßen, wie sollten sie unter den enormen Schwierigkeiten im Verkehr mit den Kranken etwas Gründliches leisten, so lange man in Indien 23 Sprachen redet, und unzählige Kasten ebenso unzählige, mehr als Nationalitätsunterschiede bedeutende Gegensätze im Volke selbst erzeugen?

Selbst in Japan ist noch wenig psychiatrisch Interessantes zu eruiren. Die Erfahrungen der dort wohnenden deutschen Collegen sind für dieses Gebiet sehr gering, und ihre Ansichten gehen sogar in den einfacheren Fragen über die Art der Hysterie, der Epilepsie, das Vorkommen von Tobsucht, von Delirium tremens nach Reisschnaps etc. diametral auseinander. Der Vor-

tragende hat eine Anstalt von 81 Kranken in Kioto besucht; dieselbe, im Allgemeinen nach europäischem Plan eingerichtet, war von japanischen Aerzten geleitet, und bot mit ihrer einfachen Behaglichkeit in den sauberen Wohnräumen und ihrer Verwahrlosung in den zahlreichen, abscheulichen Zellen ein eigenthümliches Mischbild von guten europäischen Absichten und guter asiatischer Indolenz. Es sind übrigens mehrere Bauten in Aussicht genommen.

Auf die Frage des Herrn Westphal über das Vorkommen von „Paralyse“ in den von dem Vortragenden besuchten Ländern giebt derselbe an, dass auf Java davon wenig bekannt sei, dass die Krankheit aber bei den Negern vorgefunden wurde.

### Sitzung vom 14. November 1881.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Remak führt den am 11. Juli 1881 der Gesellschaft vorgestellten Kranken in relativ geheiltem Zustande auf's Neue vor. Die Lähmungen der Augenmuskeln (es hatte sich um eine linksseitige Abducensparalyse und eine rechtsseitige Internusparese gehandelt) sind verschwunden: dagegen besteht noch jetzt Parese im rechtsseitigen Facialisgebiet und Paralyse des Levator veli palatini dextri; das Kniephänomen rechts ist gegen links noch gesteigert.

Die Behandlung bestand in einer intensiven Schmierkur im Monat Juli; Ende August war die Parese des Rectus internus und der Nystagmus beseitigt, Mitte September wurde die Lähmung des linken Abducens besser, seit dem 5. October ist der Kranke so wie jetzt. Dieser Fall beweist, so beendet Herr Remak die Vorstellung, dass auch Kernerkrankungen (wie solche in diesem Falle für den linken Abducenskern anzunehmen war) entgegen der von einigen Autoren behaupteten Annahme ausheilen können.

Gegen die Beweiskraft des hier vorgestellten und geheilten Falles in Bezug auf die Möglichkeit der Heilung von Kernerkrankungen macht Herr Bernhardt die neuerdings von Hunnius publicirte Beobachtung geltend, nach welcher solche Fälle von combinirter Augenmuskellähmung nicht nothwendig auf eine Erkrankung des Abducenskerns hinweisen, sondern sich auch bei solcher Lage eines Herdes in der Brücke zeigen können, durch welche eine directe Schädigung des Abducenskerns durchaus nicht bewirkt werden sei\*).

\*) Nachträglicher Zusatz des Herrn Remak: Nach Einsicht der Hunnius'schen Arbeit kann ich nicht zugeben, dass die klinischen Bilder der beiden Fälle, in denen anatomisch Integrität des Abducenskerns constatirt wurde, sich mit dem hier vorhanden gewesenen deckten. In dem einen ausführlich mitgetheilten von Leichtenstern war an dem einen Auge der Rectus internus ebenso absolut gelähmt wie der Abducens, womit auf dem andern Auge allerdings auch eine Paralyse des Rectus internus einherging. In dem

Hierauf legt der Schriftführer der Gesellschaft die derselben als Geschenk zugeschickte Brochüre des Dr. Hirschfeld aus Danzig vor, betitelt: *Ophelia etc., im Lichte ärztlicher Wissenschaft etc.* Die Brochüre circulirt.

Sodann stellt Herr Westphal den schon am 8. März 1880 der Gesellschaft von Herrn Remak gezeigten Kranken wieder vor, dessen Krankengeschichte Herr Remak unter der Ueberschrift: Ein Fall von localer Oberextremitätenataxie mit gleichseitiger Ephidrosis unilateralis in No. 22 der Berliner klin. Wochenschr. vom Jahre 1880 mitgetheilt hat. Herr Remak hatte bei dem früher an Lues leidenden Manne eine ursprünglich syphilitische Sklerose in der hinteren rechten Hälfte der Halsanschwellung angenommen, an welche sich weiterhin secundäre Veränderungen in beiden Hintersträngen geschlossen hätten. Jetzt ist, wie Herr Westphal bemerkt, der Kranke offenbar als Tabiker aufzufassen: es besteht der charakteristische Gang, die Ataxie etc.; zur Zeit sind auch im linken Ulnarisgebiet die Sensibilitätsstörungen, wie früher nur rechts. Eine antisyphilitische Behandlung hatte keinen Erfolg. Uebrigens habe das Kniephänomen auch damals schon gefehlt.

In der Discussion betont Herr Remak noch einmal den merkwürdigen Verlauf in diesem Falle, insofern die hochgradige Ataxie der rechten oberen Extremität über 5 Jahre allein, gewissermassen unabhängig von den übrigen Erscheinungen bestanden habe.

Hierauf demonstriert Herr Wernicke eine Modification der gewöhnlich gebrauchten Kurbel-Rheostaten, vermöge deren es möglich ist, von jeder beliebigen Einstellung aus mit Einern, Zehnern oder Hunderten, je nach Belieben, ohne grossen Zeitverlust ein- und auszuschleichen. Ein Mangel des Instrumentes, der sich bisher besonders bei der Behandlung des Ohrensausens und der Quintusneuralgien störend bemerkbar machte, wird dadurch beseitigt. Der modifizierte Apparat ist von W. A. Hirschmann, Commandantenstrasse 51, Berlin, zu beziehen.

Hierauf theilt Herr Westphal einen Fall „von Rindenerkrankung mit Hemianopsie“ mit.

Herr Wernicke hebt hervor, wie er selbst, abgesehen von einem in der Berl. medic. Gesellschaft vorgestellten Fall von Rindenläsion mit den charakteristischen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der contralateralen Seite eine Beschreibung derartiger Krankheitsbilder in seinem Lehrbuch der Gehirnkrankheiten gegeben habe. — Ausserdem habe er jüngst Aehnliches gesehen bei einem Kranken mit einem Abscess im linken Occipitallappen,

---

andern citirten Falle von Eichhorst handelt es sich um eine typische maximale conjugirte Deviation des Kopfes und der Augen, welche Hunnius überall mit dieser Kernlähmung combinerter Augenmuskeln durch einander wirft, bei welcher die Sehaxen niemals parallel sind. Bei isolirter Paralyse des einen Abducens mit Parese des andern Rectus internus ist in allen bisher anatomisch untersuchten Fällen eine Läsion in der Gegend des Abducenskerns, also eine Kernerkrankung constatirt worden.

der bis zum Mark des linken Scheitellappens und der hinteren Centralwindung vorgedrungen sei.

Herr Westphal betont, dass seiner Meinung nach das Interesse des mitgetheilten Falles in dem erhobenen Sectionsbefunde liege, durch welchen zum ersten Mal der Beweis geliefert sei, dass in der That eine Erkrankung der Rindenabschnitte des Hirns genüge, derartige Störungen hervorzubringen. Ganz speciell gelte dies von der gleichseitigen Hemianopsie.

Auch Herr Hirschberg erblickt die Bedeutung des Westphal'schen Falles darin, dass zum ersten Mal für die während des Lebens beobachtete Hemianopsie eine Erkrankung nur der Rinde des einen Hinterhauptlappens nachgewiesen sei, insofern in allen bisher in der Literatur bekannten Fällen eine Beteiligung des Marks vorgelegen habe.

Auf die Frage des Herrn W. Sander, ob sich in der rechten Hirnhälfte keine pathologischen Veränderungen vorgefunden hätten und ob der Kranke an Gesichtshallucinationen gelitten, antwortet Herr Westphal, dass die rechte Hirnhälfte in der That intact war, dass der Kranke keine Gesichtshallucinationen gehabt, aber lange vor der Zeit seiner letzten Erkrankung vielleicht an einem Delirium tremens (?) gelitten habe.

## Sitzung vom 12. December 1881.

Vorsitzender: Herr Westphal.

Schriftführer: Herr Bernhardt.

Als Gäste waren anwesend:

die Herren DDr. Joseph Hankiewicz Ritter von Habdank und  
Pontoppidan (Kopenhagen).

Vor der Tagesordnung demonstrierte Herr Bernhardt die von dem Mechaniker Reiniger (Erlangen) construirte transportable constante Winkelzellenbatterie.

Hierauf hält Herr Richter (Dalldorf) den angekündigten Vortrag: „Zur Charakteristik der Hirnrinden-Läsionen“.

Der Vortragende referirt die Krankengeschichte eines von ihm in der Irrenanstalt zu Dalldorf beobachteten Kranken, bei welchem bereits 1878 Schmerzen in der linken unteren Extremität bestanden hatten, der dann im April 1881 eine Verengerung der linken Pupille bekam und im Mai Ungleichmässigkeiten in der Innervation des linken Facialisgebietes. Ferner zeigte er im April 1881 bei geringen Temperaturerhöhungen unverhältnismässig hohe Pulsfrequenzen. Der Mann bekam im Juni, als er wegen einer linksseitigen Pleuritis zu Bett lag, klonische Convulsions beider linken Extremitäten und Zuckungen im linken Facialisgebiet mit nach rechts gewendetem Kopfe; daran Starre und schliesslich complete d. h. sowohl motorische wie sensible Lähmung beider linker Extremitäten und des linken Facialis bei vollständig erhaltenen Motilität und Sensibilität rechts. Die Temperatur und namentlich der Puls waren exorbitant gestiegen. Drei und einen halben Tag nach diesen

Convulsionen starb er, und die Section ergab bei gleichmässiger Atrophie des Hirnes und sulziger Verdickung der Pia, unter der aber die Hirnoberfläche sonst überall ganz glatt war, zwei scharf circumscripte macerirte Stellen (syphilitische Infiltration) ebenfalls der linken Convexität, während sich sonst im ganzen Gehirn und Rückenmark, auch bei genauerer Durchforschung, nichts auffinden liess, was obige Erscheinungen hätte erklären können. Die eine jener macerirten Stellen sass oben in der linken Präcentralfurche, die andere in der Mitte des linken Gyrus fornicatus. Bei der Durchsuchung des Gehirns war leider die Medulla so zerschnitten worden, dass eine nachträgliche Untersuchung der Kreuzungsverhältnisse unmöglich war, so dass es unerwiesen blieb, ob der Fall einer jener seltenen war, bei denen gar keine, oder nur eine unvollkommene Kreuzung statt fand.

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion erwidert Herr Richter auf die Frage des Herrn Wernicke, ob, da sulziges Exsudat da war, eine Meningitis angenommen werden sei, dass die Pia zwar sehr verdickt, aber glatt vom ganzen Gehirn abziehbar gewesen wäre. Nach Herrn Wernicke ist der vorgetragene Fall ein unverständlich gebliebener: die Läsionen ständen mit den beobachteten Erscheinungen in keinem intimen Connex; der ganze Verlauf des Falles spräche dagegen; Reizerscheinungen seien überhaupt für die Frage von der Localisation bei Hirnkrankheiten nur in bedingter Weise zu verwerthen.

Herr Remak macht darauf aufmerksam, dass ähnliche Erscheinungen von Fürstner im Gefolge von Pachymeningitis hämorragica beschrieben seien.

Nach Herrn Binswanger spricht der pathologisch anatomische Befund für eine „allgemeine Paralyse“. Die am Lebensende beobachteten Convulsionen würden der Erklärung bei einem Falle von Dementia paralytica keine Schwierigkeiten bereiten. Eine chronische Meningitis sei ja bekanntlich oft die Begleiterin allgemeiner Paralyse.

Nach Herrn Richter, der auf eine Aufforderung des Herrn Westphal, die gefundenen anatomischen Veränderungen recht genau zu beschreiben, das Wort nimmt, war eine basale Meningitis nicht vorhanden, und von Tuberkeln in der Pia nichts zu entdecken; eine Pachymeningitis fehlte, ebenso Hämorragien: die allerdings verdickte Pia liess sich überall, mit Ausnahme der beiden erwähnten Stellen, glatt von der Hirnrinde abziehen. Auf eine weitere Frage des Herrn Westphal über die Beschaffenheit der Pyramidenbahnen und der Pyramidenkreuzung, antwortet Herr Richter, dass von ihm am Rückenmark nichts Abnormes beobachtet worden sei: die Pyramidenkreuzung sei vorhanden gewesen, indess habe er diese Verhältnisse leider nicht genau genug untersucht. Der Eindruck übrigens, den der Kranke während des Lebens gemacht habe, sei nicht der eines Paralytikers, sondern eher eines Tumorkranken gewesen. Jedenfalls beweise der vorgetragene Fall, dass linksseitige Herde keine rechtsseitigen Erscheinungen zu machen brauchen.

Nach Herrn Wernicke handelte es sich im vorliegenden Falle um eine Allgemeinerkrankung; erfahrungsgemäss könne dabei gelegentlich jedes beliebige Herdsymptom auftreten: sowohl der pathologisch anatomische Befund

der Meningitis, wie das psychische Bild stellten dieses Vorhandensein der Allgemeinerkrankung ausser jeden Zweifel.

Hierauf hielt Herr Richter (Pankow) den angekündigten Vortrag „Ueber die Entstehung von Wahnvorstellungen aus Träumen“.

Herr Richter (Pankow) berichtet über einen Fall, in dem sich der Inhalt eines lebhaften Traumes bei einem intellectuell gut entwickelten und verständigen Manne zu einer festen Wahnvorstellung ausbildete. Das Vorkommniss, dass Träume gelegentlich zu Wahnvorstellungen verarbeitet werden, ist bis jetzt nur bei geistigen Schwächezuständen bekannt und das Bemerkenswerthe des vorliegenden Falls liegt darin, dass die Intelligenz völlig erhalten war und blieb. Die Krankengeschichte soll ausführlich a. a. O. veröffentlicht werden.

Zu diesem Vortrage bemerkt Herr Gnauck, dass sich eine Erklärung leicht ergäbe, wenn man die vorangegangene Affection als einen Fall von „Zwangsvorstellung“ auffasse, der sich jetzt wiederholt und schliesslich fixirt habe.

Herr Westphal meint, dass der vorliegende Fall als eine primäre Verücktheit aufzufassen sei, die sich im Traum oder während des Erwachens acut entwickelt habe.