

XXIV.

Bericht über die Verhandlungen der Section für Neurologie und Psychiatrie auf der 27. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg, 17.—24. September 1884.



I. Sitzung. 19. September, Morgens 8 $\frac{1}{4}$ Uhr.

Vorsitzender: von Gudden.

Dr. Pätz-Alt-Scherbitz spricht über den Werth der agricolen Irrenanstalten für die Behandlung der Geisteskranken und insbesondere über die Einrichtung der Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Alt-Scherbitz in der Provinz Sachsen.

Das Bestreben nach möglicher Abhülfe der Uebervölkerung in Irrenanstalten, nach einer einfacheren Verpflegung der Geisteskranken, bei welcher dieselben unter ausgedehnter Beschäftigung das grösste Mass von Freiheit geniessen, führte bereits früher zur Anlegung von familiären und agricolen Colonien. Die Vorzüge derselben vor den geschlossenen Anstalten sind nicht zu verkennen: durch sie wird eine grössere Ausdehnung der Beschäftigung und grössere Mannigfaltigkeit der Beschäftigungszweige gewährt, sie erlauben eine ausgedehntere Berücksichtigung der verschiedenartigen körperlichen Fähigkeiten und der psychischen Neigungen. Nicht zu unterschätzen sind die hygienischen und ökonomischen Vortheile. Auf der anderen Seite sind die Unvollkommenheiten im bisherigen Colonialsystem nicht ausser Acht zu lassen. Es gehört vor Allem dazu die Erschwerung der directoriellen und ärztlichen Geschäfte, bedingt durch die Entfernung der Colonie von der Mutteranstalt, weiter die Unmöglichkeit der Unterbringung heilbarer oder anderer Kranker, welche wegen ihrer Gemeingefährlichkeit der speciellen Beobachtung und Behandlung bedürfen.

Die Vorzüge der geschlossenen Anstalt mit denen der Colonien unter möglichster Vermeidung der beiden Systemen anhaftenden Mängel zu vereinigen, das war der massgebende Punkt bei der Errichtung von Alt-Scherbitz als einer agricolen Irrencolonie. In wie weit diese Bedingungen in Wirklich-

keit erfüllt sind, sucht Vortragender durch eine kurze Erläuterung der in Alt-Scherbitz bestehenden Einrichtungen klar zu legen.

In der Discussion fragt Oebecke an, ob nicht ein Theil der Kranken, welche in Alt-Scherbitz die Dorfhäuser bewohnten, auch in einer Familie ausserhalb der Anstalt leben könnten. Herr Pätz hält die Verhältnisse der Provinz Sachsen durchaus für ungeeignet zur Einführung des familiären Systems; viele ganz harmlose Kranke müssten in der Anstalt bleiben, weil sie ausserhalb in Folge ihrer geistigen Unselbstständigkeit nicht existiren könnten.

Herr Moeli fragt nach dem Procentsatz der bettlägerigen Kranken, derselbe sei ihm sehr gering erschienen, und ob dieser geringe Procentsatz an Bettlägerigen vielleicht auf einen geringen Procentsatz Paralytiker zu beziehen sei. Herr Pätz erwidert, dass bettlägerige Kranken selten wären und stellt letzteres in Abrede.

Meschede fragt nach der Zahl der Entweichungen. Pätz stellt sie auf 10—12 jährlich bei einem durchschnittlichen Bestand von 400 Kranken fest.

v. Gudden erkennt den Fortschritt im Scherbitzer System an, hebt aber hervor, dass man auch bei geschlossenen Thüren und vergitterten Fenstern einer geschlossenen Anstalt erfreuliche Resultate erzielen könne.

2. v. Gudden: Ueber das Corpus mammillare und die sogenannten Schenkel des Fornix.

Es ist bereits nachgewiesen (cf. dieses Archiv Bd. XI.), dass das Corpus mammillare jederseits aus zwei von einander abhängigen Ganglien besteht. Auf- und absteigende Fornixschenkel bilden keine Continuität im Corp. mammillare, sind vielmehr getrennte, auch in keinem directen physiologischen Zusammenhang stehende Faserbündel. Der aufsteigende Schenkel (die Fornixsäule) durchsetzt nach vollzogener Kreuzung das Corpus mammillare zwischen medialen und lateralen Ganglion, biegt sich knieförmig um, verläuft dorsipetal nach vorn, erreicht den hinteren Rand der vorderen Commissur. Der absteigende Schenkel (das Vicq d'Azyr'sche Bündel) entspringt vom Tuberculum anterius des Thalamus, verläuft ventripetal nach hinten, biegt sich in das mediale Ganglion des Corpus mammillare. Von diesen entspringt ein zweites Bündel, welches eine Strecke weit mit dem Vicq d'Azyr'schen zusammen, medial von demselben, verläuft, sich dann nach hinten abzweigt und in der Haube verliert. Nach Entfernung einer Grosshirnhemisphäre beim Kaninchen atrophirt das zum Tuberculum anterius gehende Hemisphärenbündel (sein genauer Verlauf muss noch erforscht werden, in Beziehung steht es vorzugsweise zum Scheitel- und Hinterhauptsgehirn), ferner atrophirt die bezügliche Nervenzellengruppe des Tuberculum anterius, das Vicq d'Azyr'sche Bündel, das mediale Ganglion des Corpus mammillare und dessen Haubenbündel. Es ist jedoch nie gelungen nach Fortnahme einer Grosshirnhemisphäre (mit Einschluss des Ammonshorns unter Erhaltung des Streifenkörpers) das ganze Vicq d'Azyr'sche Bündel, besonders in der unmittelbaren Nähe vom atrophischen Ganglion, zum Verschwinden zu bringen. Die Resultate der hierüber fortgesetzten Untersuchungen sind folgende: Beseitigt man mit der

Grosshirnhemisphäre das Corpus striatum und den vorderen Theil des Thalamus, das Tuberculum anterius, so zeigt es sich, dass das mediale Ganglion selbst wieder aus zwei, einem ventralen hinteren und einem dorsalen vorderen, besteht. Das erste ist abhängig vom Vicq d'Azyr'schen Bündel, geht mit diesem zu Grunde, das zweite unabhängig von ihm, bleibt erhalten, ist das Centrum für das Haubenbündel, welches ebenfalls erhalten bleibt. Erst wenn man nach Enucleirung eines Auges vom Foramen opticum aus oder durch Einstich von der Convexität des Gehirns her das dorsale vordere Ganglion zerstört hat, geht auch das Haubenbündel zu Grunde. Das Haubenbündel des Corpus mammillare legt sich also medial dem eigentlichen Vicq d'Azyr'schen Bündel an, begleitet dasselbe eine Strecke weit, biegt dann nach hinten um und kreuzt sich mit dem Meynert'schen Bündel, welches das Ganglion habenulae mit dem von v. Gudden entdeckten Ganglion interpedunculare verbindet, medial (nicht, wie früher angegeben, lateral). Weiterhin verlaufen die Haubenbündel folgendermassen: zwischen den Meynert'schen Bündeln nach hinten vordringend, lassen sie die Wurzeln der Nn. oculomotorii zur Seite, werden durch die Bündel der Haubenkreuzung gespalten, bilden eine etagenförmig aufgebaute Reihe von 8 bis 9 Querschnitten und verlieren sich in zwei neben der Raphe ventral von den hinteren Längsbündeln gelegenen, grossen Zellengruppen.

In derselben Region, dorsal vom hinteren Längsbündel, liegen zwei umfangreiche Ganglien, deren Verbindungen und Abhängigkeiten noch gänzlich unbekannt sind. Zerstört man das dorsale vordere Ganglion, so geht auch das ventral vom hinteren Längsbündel hinter der grossen Haubenkreuzung gelegene Ganglion zugleich mit dem ganzen Haubenbündel zu Grunde. Nach Fortnahme einer Grosshirnhemisphäre mit oder ohne Corpus striatum, mit oder ohne vorderen Theil des Thalamus opticus findet man die ventral gelegenen Züge des Haubenbündels, sowie den ventralen Theil des ventral vom hinteren Längsbündel gelegenen Ganglions atrophisch. Dieses Ganglion und das Haubenbündel dürften nach ihrem Entdecker am besten das Gudden'sche zu nennen sein.

Ueber die Fornixsäule, welche nach neueren Untersuchungen sich aus vier Bündeln zusammensetzte, werden an anderer Stelle ausführliche Veröffentlichungen erscheinen.

Eine Discussion folgte nicht.

Hasse (Königsutter): Ueber die Beziehungen der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Geistesstörungen.

Dass ein Zusammenhang zwischen Psychosen und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane existirt, wird wohl Niemand mehr in Abrede stellen. Zur Begründung dieser Thatsache greift Verfasser aus den Fällen seiner eigenen Erfahrung zwei Beispiele heraus. Im ersten handelte es sich um eine 30jährige, im 8. Monat schwangere Frau, welche bereits von drei gesunden kräftigen Kindern leicht und glücklich entbunden war. Dieselbe erkrankte ganz plötzlich unter den Erscheinungen einer acuten Verwirrtheit, welche sich bis zur hochgradigen Tobsucht steigerte. Da die Kräfte zu schwinden be-

gannen, entschloss man sich zur Einleitung der Frühgeburt. Nach Ausführung derselben war die Aufregung verschwunden, Patientin gelangte innerhalb kurzer Zeit zur Genesung.

2. Fall. Ein 16jähriges, körperlich wohl entwickeltes Mädchen, bei dem die Periode noch nicht eingetreten war, erkrankte 4 Mal in Zeiträumen von 4 Wochen unter den Symptomen leichter maniakalischer Exaltation. Die Erregung ging gewöhnlich in 4—6 Tagen vorüber. Die somatische Untersuchung ergab eine Atresie des inneren Muttermundes. Nach Beseitigung dieses Hindernisses und nach Einleitung der Menstruation trat eine völlige Heilung der Psychose ein.

Bei den unleugbaren Beziehungen der Psychosen zu den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, drängt sich eine andere Frage auf, ob die in letzter Zeit vielfach laut gewordene Ansicht dieselbe Berechtigung hat, dass nämlich der Zusammenhang ein viel innigerer, ein viel ausgedehnter sei, als man gewöhnlich annehme; dass ein sehr bedeutender Theil aller weiblichen Geisteskranken geschlechtskrank und in der grössten Zahl dieser Fälle die Geistesstörung ausschliesslich auf Rechnung des vorhandenen Genitalleidens zu bringen sei und ihm die grösste Bedeutung für eine Beurtheilung und Behandlung der Geistesstörung beigelegt werden müsse. Dieses trifft nicht zu. Von allen geschlechtskranken weiblichen Irren ist es nur ein kleiner Theil, von dem man mit Bestimmtheit sagen kann, dass ihr Geschlechtsleiden die Ursache ihrer Geistesstörung gewesen ist. Um so mehr ist Vorsicht anzurathen, bei der gynäkologischen Behandlung Geisteskranker. Vortragender weist auf die Gefahren hin, welche eine unnöthige gynäkologische Untersuchung und Behandlung mit sich bringen kann. Auf Grund seiner Erfahrungen hält er es für ein Bedürfniss, dass sich die Gynäkologen von den Ursachen und Symptomen der Psychosen eine genauere Kenntniss verschaffen möchten.

Der Vortrag blieb ohne Discussion.

Hitzig - Halle: Haematorrhachis, Syringomyelie, abnorme Structur des spinalen Markmantels. (Ausführliche Publication in Wien. med. Blättern, 7. Jahrg. No. 42.)

Eine 54jährige, neuropathisch veranlagte, melancholische Frau, erkrankte am 29. December 1882 mit Kopfschmerzen und allgemeiner Abgeschlagenheit. Am Tage darauf war eine ausgesprochene Hyperästhesie der Wirbelsäule und leichte Dilatation der linken Pupille constatirt. Am 31. December heftige, anfallsweise auftretende neuralgiforme Schmerzen. Objectiv eine Spannung und Härte der linken Wadenmuskulatur nachweisbar. In der Nacht zum 1. Januar 1883 trat eine vollkommene sensible, motorische und reflectorische Lähmung der unteren Körperhälfte bis in die Nabelgegend ein. Links zwischen Nabel und 6. Rippe gürtelförmiger, neuralgiformer Intercostalschmerz. Am 2. Januar Herpeseruption auf dieser Zone. Nachdem noch eine geringe Besserung in der Beweglichkeit und Sensibilität der gelähmten unteren Extremitäten aufgetreten war, erfolgte an demselben Tage der Exitus letalis.

Die Section ergab einen frischen, flächenhaften subarachnoidealen Bluterguss an der Convexität des Hinterlappens und des hinteren Theiles des

rechten Scheitellappens, sowie an dem grösseren Theile der oberen Fläche des Kleinhirnes. Im Subarachnoidalraum des Rückenmarkes vom mittleren Brustmark an bis zum Conus medullaris ein frisches, schwarzrothes Blutcoagulum. Schnittfläche des Rückenmarkes verwaschen, die Substanz quillt etwas vor.

Die klinischen Erscheinungen dieses Falles unterscheiden sich von dem in Lehrbüchern und Monographien gezeichneten Krankheitsbilde: die sensiblen und motorischen Lähmungserscheinungen traten nicht plötzlich auf, sondern es gingen ihnen dreitägige sensible Reizungserscheinungen voraus.

Die motorischen Reizungserscheinungen beschränkten sich nur auf eine geringe vorübergehende Spannung der linken Wadenmuskulatur. Auf der Höhe der Krankheit war eine vollkommene sensible und motorische Paraplegie anstatt einer Parese. Diese Punkte machen die differentiell diagnostische Unterscheidung der Krankheit von der eigentlichen Rückenmarksblutung und von der Myelitis centralis zu einer sehr schwierigen. Von der subduralen und extrameningealen Blutung scheint sich die subarachnoideale Hämorrhagie durch das Fehlen der motorischen Reizungserscheinungen, durch ausgesprochene Lähmungserscheinungen, und von ersterer vielleicht auch durch langsamere Entwicklung zu unterscheiden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes: es begann die Höhle 9,5 Ctm. oberhalb des Conus medullaris und hatte eine Länge von circa 5,8 Ctm. Sie lag in dem vorderen Theil der Hinterstränge und in der grauen Commissur. Ihre Gestalt war unregelmässig, meist mehrzipflig. An mehreren Stellen erschien sie von einer derben Membran eingefasst; eine Auskleidung mit Epithel war nicht zu constatiren. Der Centralcanal verhielt sich verschieden. Weiter fanden sich in der weissen Substanz des Dorsalmarkes an den verschiedensten Abschnitten dicke Bündel streckenweis transversal verlaufender und dann in die longitudinale Richtung umbiegender Nervenfasern. Diese Richtungsänderung fand jedes Mal an einem Blutgefässe statt: die Nervenfasern gingen direct hier in die andere Richtung über oder bildeten eine Schlinge. Dieses Verhalten lässt vielleicht auf eine Entstehung in der Embryonalzeit schliessen, indem die Nervenfasern durch ein sich retrahirendes Gefäss aus der normalen Lage gerückt wurden. Diese Nervenfasern zeigen weiter eine starke Neigung zum Zerfall und möglicherweise erklärte dieser Umstand das Zustandekommen der Syringomyelie.

Der Vortrag wurde durch Zeichnungen und Präparate illustriert.

Eine Discussion folgte nicht.

II. Sitzung. 20. September Morgens 8 $\frac{1}{2}$ Uhr.

Vorsitzender: von Gudden.

Grashey-Würzburg: Ueber die Blutbewegung im Schädel.

Mit Hilfe eines besonders construirten Apparates illustriert der Vortragende die Bedingungen, unter welchen die Blutcirculation im Schädel vor sich geht. Durch eine starrwandige (Glas) unter Nulldruck mit Wasser gefüllte

und verschlossene Röhre (repräsentirt die Schädel-Rückgratshöhle) wird ein dünnwandiges elastisches Gefäss geleitet, welches mit seinen beiden Enden wasserdicht in die Verschlussstücke der Röhre eingesetzt ist. Durch das elastische Gefäss wird ein continuirlicher Flüssigkeitsstrom geschickt, unter dem Druck einer Wassersäule, und es entleert sich in der Zeiteinheit ein bestimmtes Flüssigkeitsquantum. Dieses Quantum wächst, wenn die Wassersäule höher wird; sobald dieselbe aber eine bestimmte Höhe erreicht, so beginnt das elastische Gefäss an seinem peripheren Ende zu vibriren. Hier nämlich, am peripheren Ende herrscht der geringste Druck, wenn das Gefäss von Flüssigkeit durchströmt wird; in der Glasröhre entsteht während dieses Strömens ein positiver Druck und dieser comprimirt das periphere Schlauchende, weil dasselbe der Compression den geringsten Widerstand bietet. Die Compression des Gefässes bringt den Flüssigkeitsstrom zum Stillstand; gleichzeitig aber mit dem Aufhören des Stromes wächst der positive Druck am peripheren Schlauchende, dieses wird dadurch wieder frei und der unterbrochene Strom stellt sich wieder her; dadurch sinkt der Druck wieder im peripheren Ende und gestattet abermals dessen Compression; so entsteht in rascher Aufeinanderfolge ein Heben und Sinken der Gefässwand oder mit anderen Worten das Vibriren derselben. Je starrwandiger das elastische Gefässrohr wird, um so später tritt das Vibriren ein und umgekehrt, und wenn das elastische Gefäss so zarte Wandungen hat, dass dieselben ohne äusseren positiven Druck sich berühren, so vibriert das Gefäss, sobald der Druck im Schädelraum einen positiven Werth erhält. Wird das vollständige offene periphere Ende des Gefässes etwas verengt, oder wird ausserhalb des Apparats eine elastische Röhre an dasselbe angesetzt, und dadurch der Druck am peripheren Ende erhöht, so hört das Vibriren des Gefässes auf und kommt erst darn wieder zum Vorschein, wenn der Druck in dem Apparat eine Steigerung erfährt und gross genug wird, um den Druck im peripheren Ende des Gefässes zu überwinden.

Die Nutzenanwendung für die Lehre von der Blutcirculation im Schädel ist folgende:

1. Wächst der Druck, unter welchem die Cerebrospinalflüssigkeit steht, so kann ein Vibriren peripherer Endstücke der Hirngefässe eintreten, vorausgesetzt, dass die Drucksteigerung nicht von diesen Endstücken selbst ausgeht.

2. Als solche schwingungsfähige periphere Endstücke der Hirngefässe sind die Cerebralvenen anzusehen, da nämlich die Wände der Hirnsinus wenig compressibel sind, die Cerebralvenen aber so dünne Wände haben, dass ihr Lumen ohne äusseren positiven Druck verschwindet, so werden bei Zunahme des Hirndruckes die Cerebralvenen von ihrer Einmündung in die Sinus in Schwingungen gerathen.

3. Diese Schwingungen treten ein, sobald der Druck der Cerebrospinalflüssigkeit grösser wird, als der Druck in den peripheren Enden der Cerebralvenen, welcher Druck gleich ist dem Widerstande, welchen das Blut in den Sinus und in den Venen bis zum Vorhof des Herzens findet. Vermehrung dieses Widerstandes vermag die Schwingungen zu sistiren, bis der Hirndruck entsprechend höher geworden ist.

4. Wenn es gelingt diese Schwingungen zu hören oder hörbar zu machen, so gestatten sie ein Urtheil über Grösse des Hirndruckes selbst am unverletzten Schädel; ihr Vorhandensein beweist Steigerung des Hirndruckes auf eine Höhe, welche dem Widerstande in den Venen etc. mindesten gleich ist.

5. Die gegenwärtige Lehre vom Hirndruck behauptet, dass bei einer Zunahme die Hirncapillaren in erster Linie comprimirt werden. Diese Annahme ist nicht richtig, denn entscheidend für die grössere Compressibilität der Capillaren oder der Venen ist der Druck, unter welchem das Blut in ihnen steht. Der Blutdruck in den Capillaren ist aber grösser als in den grossen Cerebralvenen und folglich wird bei Steigerung des Hirndruckes Compression der grossen Cerebralvenen eintreten und nicht Compression der Capillaren, ferner eine Stauung und Verlangsamung des Blutstroms und das oben erwähnte Vibriren der Gefässwände der Venen.

6. Das physikalische Experiment zeigt, dass unter gewissen Umständen eine Steigerung des arteriellen Blutdrucks die Circulation im Schädel nicht fördert, sondern verlangsamt.

7. Bekanntlich ist bei manchen Kindern, deren Schädelfontanellen noch nicht geschlossen sind, ein eigenthümliches Geräusch im Schädel wahrzunehmen, das sogenannte Hirn- oder Schädelgeräusch. Nach Obigem ist dieses ein venöses Geräusch.

In der Discussion berichtet Binswanger, dass auch Erwachsene mit allgemeiner Nervosität über schabende und reibende Geräusche in der Scheitelhöhle klagen und fragt den Vortragenden, ob diese subjectiven Klagen auf analoge circulomotorische Störungen zu beziehen sein, wie sie bei den Hirngeräuschen der Kinder bestehen.

Mendel hat bei jahrelanger Beschäftigung mit Auscultation des Schädels bei Gesunden und Hirnkranken nie etwas Derartiges wahrnehmen können.

Jehn-Merzig macht auf den wahrscheinlichen Zusammenhang der von dem Vortragenden dargelegten Verhältnisse mit dem dem Delirium acutum zu Grunde liegenden Vorgänge einer serösen Stauung innerhalb des Gehirns aufmerksam. Diese Stauungserscheinungen sind von Herz (Bonn) in Zusammenhang gebracht mit Verengerung der Foramina jugularia. Drei von ihm beobachtete zur Section gekommene Fälle von Delirium acutum bestätigen diese Ansicht.

Binswanger sagt, dass ihm der objectiv auscultatorische Nachweis der Geräusche nicht gelungen sei.

Grashey erklärt dieses verlangen zu müssen, wenn er die Geräusche auf Gefässschwingungen zurückführen will. Auf die übrigen Einwände hebt er hervor, dass die gewöhnliche Methode bei Auscultation des Schädels (direct oder mit dem Stethoscop) unzulänglich und fehlerhaft sei.

Berger-Breslau macht darauf aufmerksam, dass in der Mehrzahl der Fälle von „Nervosität“ Erregbarkeitsveränderungen der Ganglienzellen selbst, die Hauptrolle spielen, die gleichzeitig circulatorischen Störungen erst in zweiter Linie stehen.

Binswanger stimmt bei. Ebenso Strümpell und macht darauf auf-

merksam, dass bei schwerster Anämie nach Blutungen, bei essentieller Anämie, bei den starken Circulationsstörungen Herz- und Lungenkranker sich niemals diejenigen eigenthümlichen nervösen Symptome entwickeln, welche bei den functionellen Neurosen so charakteristisch sind.

Kahlbaum: Ueber eine klinische Form des moralischen Irreseins (mitgetheilt in Wien. med. Blättern 7. Jahrg. No. 43 und 44).

Verwandt mit der Hebephrenie und doch getrennt von ihr stellt K. eine neue Krankheitsform auf. Dieselbe fällt, wie die Hebephrenie, in die Pubertätsjahre. Der Unterschied dieser Fälle besteht darin, dass das Stadium der Manie fast gar nicht ausgeprägt ist, und dass auch das zweite charakteristische Symptom der Hebephrenie, der progressive Schwachsinn fast ganz fehlt. Dagegen ist aber auch die eigenthümliche Formlosigkeit im persönlichen Benehmen und ganz besonders das Symptom der moralischen Perversität oder der negativen Moralität ausgebildet. Diese Krankheitsfälle haben eine wesentlich bessere Prognose, als die Hebephrenie. Die Behandlung soll bestehen in einer zweckmässigen Verbindung ärztlicher Gesichtspunkte und Massnahmen mit pädagogischen Einwirkungen.

Als Bezeichnung für diese neue Krankheitsform wählt K. den Ausdruck: „Heboidophrenie oder kurz Heboid“.

Discussion beim nächsten Vortrage.

Jehn: Pubertätszeit und Ueberbürdungsfrage.

Vortragender bespricht die somatischen und psychischen Erscheinungen während der Pubertätsjahre und verlangt für diese Vorgänge von den Lehrern und von dem Lehrplane der Schule mehr Berücksichtigung, als es bisher der Fall war.

Discussion.

Meschede pflichtet dem Redner bei und macht aufmerksam auf die Häufigkeit des Vorkommens von Psychosen bei Lehrerinnen und Schülerinnen der Lehrerinnen-Seminare.

Mendel möchte das von Kahlbaum gezeichnete Krankheitsbild nicht für charakteristisch genug halten, um demselben einen neuen Namen beizulegen. Zu gleicher Zeit warnt er vor Ausdrücken wie „moralisches Fasersystem“ und bezweifelt das Zweckmässigere in den Worten „secundäre und tertiäre Wahrnehmung“ gegenüber den üblichen Ausdrücken: „Urtheile und Schlüsse“.

Kahlbaum bedauert in der Kürze der Zeit nicht seine Darstellung so weit vervollständigen zu können, dass seine Aufstellungen Rechtfertigung fänden.

Oberlehrer Gumprecht-Leipzig weist darauf hin, dass von pädagogischer Seite die körperliche Entwicklung während der Pubertätszeit bereits Gegenstand grösster Aufmerksamkeit bilde.

Berger (Breslau): Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes.

Verfasser theilt aus seiner Beobachtung zwei Fälle mit. In dem ersten bestand seit ca. 10 Jahren eine continuirliche Kette schwerer syphilitischer

Erscheinungen bei einem sonst gesunden Manne (41 Jahre alt) und im Verlaufe derselben gelangt ohne nachweisbare anderweitige Ursache eine Tabes zur Entwicklung. — Beim zweiten Falle trat bei einem 72jährigen Manne nach zweijährigem Bestehen von Syphilis Tabes auf. Die Section ergab strangförmige Degeneration der Hinterstränge, degenerative Atrophie im Ischiadicus und Saphenus major. — Eine Zusammenstellung von 100 Fällen typischer Tabes ergab in 43 pCt. Syphilis. Die durchschnittliche Zeitdauer zwischen der Infection und der Entwicklung der Tabes betrug 8.4 Jahre. — Einen besonderen Symptomencomplex zeigt die mit Syphilis zusammenhängende Tabes nicht, vielleicht wäre das Ueberwiegen der Augenmuskellähmungen bei Tabischen mit syphilitischen Antecedentien bemerkenswerth. Nach weiteren Bemerkungen über den Mangel specifisch-histologischer Charaktere der syphilitischen Processe überhaupt erklärt sich der Vortragende für die Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes. Andere bekannte Ursachen der Tabes bestehen deshalb nach wie vor zu Recht. Einer antisiphilitischen Behandlung, besonders im Beginne der Tabes ist das Wort zu reden. Aus der Erfolglosigkeit der Therapie ist kein Schluss auf den ätiologischen Zusammenhang zu ziehen.

Der Vortrag blieb ohne Discussion.

Seeligmüller: Myelitis der Potatoren.

Vortragender berichtet über vier Fälle ohne Sectionsbefund, welche die Annahme einer Spinallähmung der Trinker stützen sollen. Zwei leichte Fälle betrafen Männer im mittleren Lebensalter. Sie erkrankten unter heftigen vagen Schmerzen in den Extremitäten und in der Lendengegend. Schwäche in den Beinen, welche zeitweilig das Gehen und Stehen zur Unmöglichkeit macht, verbunden mit dem Gefühle von Brennen und Taubsein in den Füßen. Diese Symptome schwanden nach Aussetzen des Alkohols vollkommen. Die beiden anderen Fälle sind viel schwererer Natur. Es handelte sich um Potatores strenui im mittleren Lebensalter, welche ausser vielem Bier auch viel Schnaps und Rum Jahre lang getrunken hatten. Nach vorübergehender motorischer Schwäche in den Beinen kam es plötzlich zur Lähmung beider unteren und schnell darauf beider oberen Extremitäten, verbunden mit heftigen Schmerzen in den Extremitäten und einem Gefühl von Vertaubung in Händen und Füßen. An den Extremitäten entwickelten sich bald in rapider Weise hochgradige Contracturen: Greifenklauen, Beugecontracturen im Hand- und Ellenbogengelenk an den oberen, Klumpfüsse an den unteren Extremitäten. Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für beide elektrische Ströme stark herabgesetzt; keine Entartungsreaction. Dagegen bildete sich schnell Atrophie der Muskeln an den gelähmten Extremitäten aus. Blase und Mastdarm functionirten normal, Potenz soll intact geblieben sein. Längeres Nachlassen im Gebrauch alkoholischer Getränke war begleitet von einer Besserung der Erscheinungen.

Eine Discussion folgte nicht.

Seeligmüller: Ueber Hemianästhesie.

Die Differentialdiagnose zwischen hysterischer und cerebraler Hemianästhesie kann sehr erschwert sein. Vortragender theilt aus seiner Beobachtung

drei Fälle mit. Bei allen waren die Symptome sehr schwerer Natur, sie bestanden in Krampfanfällen, Paresen, Hemianästhesien, sensorischen Störungen, Contracturen, und dieselben dauerten Jahre lang fort. In dem einen Falle bestand lange Zeit Facialislähmung, von Ovarialhyperästhesie war nichts zu entdecken. Behandlung mit der faradischen Bürste liess eine völlige Heilung in diesem Falle erzielen. Während durch dieses Heilresultat die hysterische Natur der Hemianästhesie sicher gestellt wurde, so bleibt die Diagnose in anderen zweifelhaft. Die hysterische Hemianästhesie ist bei uns nicht sehr häufig; die Erscheinungen der Hysterie bei den germanischen Frauen sind andere als die bei den romanischen, namentlich gilt dies von der ovariellen Hemianästhesie. Vortragender stimmt Remak bei, welcher die Ovarie als eine Theilerscheinung der Hysterie bezeichnet, die weder als Ursache der Hysterie noch besonderer Aeusserungen und Formen derselben, wie der Hemianästhesie zu betrachten sei. Neben den Fällen von typischer ovarieller Hemianästhesie hat S. eine Reihe von Fällen behandelt, welche er als ovarielle Hemihyperästhesie bezeichnen möchte. Es bestand bei diesen Kranken neben der ausgebildeten Ovarie Druckhyperästhesie der ganzen gleichseitigen Körperhälfte. Die Castration will Vortragender nicht ganz als ungerechtfertigt und unwirksam verwerfen; allerdings nur in einem Falle von Hysteroepilepsie sah er nach Exstirpation beider Ovarien Heilung eintreten. Vortragender bekennt am Schlusse, dass es ihm in mehreren Fällen nicht gelungen ist, die Diagnose zwischen hysterischer und cerebraler Hemianästhesie sicher zu stellen. — Es ist nicht mit Bestimmtheit in Abrede zu stellen, dass es sich in den Fällen mit Erscheinungen, welche auf cerebrale Herderkrankungen hindeuten (Diplopie, Deviation der Zunge, Asymmetrie des Gaumenvorhangs, Facialislähmung), in Verbindung mit Hemianästhesie ohne Ovarie um Hysterie handeln kann.

Vortrag blieb ohne Discussion.

von Gudden: Ueber die neuroparalytische Entzündung.

G. erstrebt mit seinem Vortrage ein practisches Ziel: er möchte aus den Irrenanstalten den Decubitus verbannen. Seine bereits früher angestellten Versuche über Trigemiusdurchschneidung beweisen, dass es nur die Einwirkung äusserer Schädlichkeiten ist, durch welche die Hornhaut zerstört wird. Eine Reihe von neuen Versuchen stützen und erweitern diese Ansicht.

1. Bei neugeborenen Kaninchen wurde intraorbital der N. opticus mit den Ciliarnerven durchschnitten. Trotzdem die Cornea in ihrem ganzen Bereiche unempfindlich war, und die Augenlider auch bei starker Reizung derselben nicht reagirten, war sie durchaus klar und normal. Erhalten waren die N. palpebrales und mit ihnen Schutz der Hornhaut.

2. Bei neugeborenen Kaninchen waren ausser dem N. opticus mit den Ciliarästen auch die Palpebraläste des Trigemius und des Oculomotorius durchschnitten. Hornhaut und Cilien waren unempfindlich. In diesem Falle schützten die Ptosis und die unbeweglich vorgeschobene Palpebra tertia und erhielten die Hornhaut normal. Eine unbedeutende Verwundung heilte gut.

3. Bei erwachsenen Kaninchen wurde auf einer Seite das Ganglion cervicale supremum extirpirt. Unmittelbar darauf tritt eine Verengung der

Pupillen ein (Reizerscheinung), am zweiten Tage folgt eine Erweiterung (Lähmungserscheinung).

Nach Exstirpation des Ganglions senkt sich das obere Augenlid etwas, was von der Lähmung des Müller'schen organischen Muskels herrühren wird. Diese Senkung vermehrte sich noch ein wenig, als später der Trigeminus durchschnitten wurde. Also auch hier lässt sich die längere Erhaltung der Hornhaut auf einen Rest von Schutz zurückführen.

4. Bei erwachsenen Kaninchen wurde der Trigeminus durchschnitten. Bei ungenügender Pflege trübte sich in kurzer Zeit die ganze Hornhaut. Bei sorgfältiger Reinigung ging die Entzündung zurück.

5. Einem erwachsenen Kaninchen wurde der Trigeminus durchschnitten. Das Thier blieb in der sorgfältigsten Pflege: es wurde in einen Kasten mit glatten Wänden und teppichbelegtem Boden gebracht, was unter ständiger Aufsicht geschah. Die Hornhaut blieb vollkommen klar. Durch Nachlässigkeit des Pflegers trat eine leichte Trübung ein; diese blieb stehen, machte keine weiteren Fortschritte, eher schwache Rückschritte bis zum Tode des Thieres.

Bei Wegnahme aller Schutzvorrichtungen der Cornea und bei Erhaltung des Trigeminus tritt bei den Kaninchen noch ein anderer Schutz ein, welcher die Zerstörung der Cornea verhindert. Der Retractor bulbi nämlich zieht das Auge tief in die Orbita zurück.

Versuch 5 ist der wichtigste. Durch ihn wird bewiesen, dass die Cornea nach Lähmung ihrer Nerven bei sorgsamer Pflege intact erhalten bleibt. Dasselbe Resultat erzielte der Vortragende bei Exstirpationen anderer Nervenstämmen, z. B. des Plexus brachialis und des N. ischiadicus. War dieses Experiment an neugeborenen Kaninchen ausgeführt, gelang es die Thiere gross zu ziehen, ohne dass die geringste Excoriation an den Extremitäten eintrat.

Andere Versuche darüber, ob nicht eine ihrer Trigeminusfasern beraubte Hornhaut vulnerabler ist, als eine nicht beraubte, haben keinen Unterschied erkennen lassen.

Zur Verhütung des Decubitus ist also sorgsame Pflege, Reinhaltung, Vermeidung des Druckes durch häufigen Lagerwechsel erforderlich.

Discussion.

Grashey möchte seine Aufmerksamkeit richten auf die Construction besonderer Betten, welche es gestatten, den Schwerpunkt des Kranken beliebig zu verändern.

v. Gudden beabsichtigt die Anfertigung eines solchen Bettes.

Mendel fragt nach der Erklärung über die Entstehung des Decubitus acutissimus nach einem apoplectischen oder apoplectiformen Anfall.

v. Gudden will gerade diesen Decubitus auch auf mangelhafte Pflege zurückführen.

III. Sitzung. 22. September.

Vorsitzender Kahlbaum.

Schulz-Braunschweig: Ueber ein primäres Sarcom der Pia mater des Rückenmarks.

Der Fall betraf eine 16jährige Arbeiterin, deren Onkel an gliomatöser Hypertrophie des Pons starb. Die Krankheit verlief unter dem Bilde einer gemischten Paralysis theils descendens, theils ascendens acuta. Bei heftigen Rückenschmerzen folgte auf Lähmung der Arme mit Aufhebung der Sensibilität, Lähmung der Beine mit Sensibilitätsverlust, Blasenparese, theilweise Aufhebung der Patellar- und Hautreflexe. Unter Lähmung der Respiration trat der Tod ein. Krankheitsdauer 3 Wochen. Temperatur gesteigert bis zu 40° C. Klinische Diagnose: acute Meningo-Myelitis. Bei der Section fand sich ein das ganze Rückenmark von der Cauda equina bis hinauf zum Halsmark in verschiedener Dicke ringförmig umschliessendes Sarcom der Pia mater.

Mikroskopische Präparate aus den verschiedenen Höhen des Rückenmarkes wurden demonstirt.

Der Fall soll eingehend publicirt werden im Jahresbericht 1884 über die medicinische Abtheilung des Herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig.

Eine Discussion folgt nicht.

Meschede: Ueber Einrichtung getrennter Irren-Heil- und Pflegeanstalten.

Gegenüber den neueren Bestrebungen auf Errichtung combinirter Irren-Heil- und Pflegeanstalten mit oder ohne landwirthschaftlichen Betrieb redet Vortragender der Einrichtung reiner Heilanstalten das Wort, weil durch Combination mit Pflegeanstalten dem Heilzwecke zu viel Abbruch geschähe.

In der Discussion, an welcher sich Jehn-Merzig, Siemens, Karrer-Klingenmünster, Kahlbaum theilnahmen, erfuhren seine Ansichten zum Theil Widerspruch, nur Kahlbaum stimmte denselben bei.

Eyselein-Blankenburg: Ueber den Einfluss der Witterungsverhältnisse, speciell des Ozon auf das Befinden chronischer Nervenkranker.

Auf Grund fast zweijähriger genau angestellter Untersuchungen, deren Resultate tabellarisch und graphisch zusammengestellt sind, gelangt Verfasser ungefähr zu folgenden Schlüssen:

1. Hoher und andauernder Ozongehalt der Luft (über No. 10 der 14 theiligen Lender'schen Farbenskala) wirkt nicht günstig; ganz besonders ist dies der Fall bei Reizungszuständen des centralen wie peripheren Nervensystems. Hierin liegt der Grund, dass solche Zustände durch den Gebrauch von Seebädern, speciell der hohen Ozongehalt zeigenden Nordsee, nicht gebessert, sondern meist verschlimmert werden. Hiermit stimmen die Angaben der Patienten selbst überein. Dasselbe gilt von einzelnen ozonreichen klimatischen Orten, welche nicht an der See liegen.

2. Constante mässiger Ozongehalt (ca. No. 10 der Skala) liefert die günstigsten Resultate.

3. Reactionen, welche bereits unter No. 9 bis zu 4 liegen, rufen bereits erkennbare Störungen hervor, zumal wenn auch die Feuchtigkeitsverhältnisse abnorme Abweichungen von mittlerem Durchschnitte zeigen.

4. Reactionen, welche noch weiter herabgehen, besonders völligen Mangel des Ozone zeigen, haben ganz auffällige Störungen des Allgemeinbefindens im Gefolge. Die Entäusserungen von Seiten des Nervensystems selbst bestehen bei plötzlich eintretender sehr niedriger Ozonreaction in einer Reihe von auffallenden Schwächezuständen, theils in Bezug auf die sensitive, theils auf die motorische Sphäre. Sehr hoher Ozongehalt dagegen ruft directe Reizzustände hervor oder vermehrt sie bei vorherigem Bestehen, namentlich bei Hypochondrie, Angstzuständen, Zwangsvorstellungen, Neuralgien, Hysterie, Epilepsie. Dagegen befinden sich Patienten mit wirklichen rein körperlichen Schwächezuständen bei hohem Ozongehalt in der Regel sehr wohl.

An der Discussion betheiligen sich Rehm und Jehn.

Flesch-Bern: Ueber den anatomischen Befund am Rückenmark zweier Microcephalen.

Zur Untersuchung gelangte das Halsmark von 2 Fällen: No. 1 typische Microcephalie, Franz Becker, 9 Jahre alt, aus der bekannten Familie (in Bürgeln bei Offenbach a. M.), No. 2 Porencephalie (Knabe, 6 Jahr alt). Zum Vergleich diente das Rückenmark eines 8 Jahre alten Kindes. Die Untersuchungen bestanden in Zählungen und Messungen möglichst entsprechender Abschnitte an Querschnitten. In beiden Fällen enthielt das Gebiet der Pyramidenseitenstrangbahn erheblich weniger Nervenfasern in gleich grossen Feldern, als in der Norm. Weiter an den Goll'schen Strängen ein erhebliches Minus, merklicher in No. 2, dem weniger hochgradigen Falle. Unbetheiligt sind die Keilstränge und die Region der Kleinhirnseitenstrangbahn. Die Vorderstränge verhalten sich ungleich in beiden Fällen: es besteht ein erhebliches Minus in der Flechsig'schen Pyramidenseitenstrangbahn, ein geringeres in der Umgebung der grossen Vorderhörner bei Fall 1, in No. 2 zeigt nur letzteres Gebiet ein geringes Minus. Betreffend die Menge der Ganglienzellen, so ist deren Anzahl auf einen Querschnitt in den Vorder- und Seitenhörnern in No. 1 erheblich kleiner als in der Norm und in No. 2. Messungen zeigen das ganze Gebiet der Pyramidenseitenstrangbahn kleiner, als normal; ferner sind reducirt in der Querrichtung die Gesammtheit der Seitenstränge, ebenso der Hinterstränge. Die Reduction ist eine bedeutendere in den Pyramidenbahnen bei Fall 1, dagegen in den Hintersträngen bei No. 2.

Die Vorderstränge sind bei No. 1 breiter als normal, mit nur geringer Reduction in der Längsrichtung; No. 1 zeigt ferner die graue Substanz der Vorderhörner im Querdurchmesser stark reducirt. Im Längsdurchmesser besteht ein Minus an grauer Substanz in beiden Fällen.

Aus diesen Untersuchungen schliesst F.: Bei hochgradigem Defect des Vorderhirnes wird die Entwicklung der Pyramidenbahn und der Goll'schen Stränge, daneben auch in geringerem Grade die der Vorderstränge quantitativ beeinflusst. Bei sehr weitgehendem Defecte wird auch die Entwicklung der grauen Substanz des Rückenmarks, speciell auch ihrer Ganglienzellen gehemmt.

Es steht also die Entwicklung eines Theils der Structurelemente des Rückenmarkes, sowohl der Fasern, als in geringerem Grade der Zellen, in directer Abhängigkeit von dem Vorderhirn; es enthält aber das topographisch der Pyramidenbahn entsprechende Gebiet Bestandtheile, die sicher vom Vorderhirn unabhängig sind und entweder autochthon im Rückenmark entstehen, oder von rückwärts vom Vorderhorn gelegenen Stellen des Nervensystems ihren Ursprung nehmen.

In der Discussion fragt Moeli, ob wohl anzugeben sei, in welche Lebenszeit die zu Grunde liegende Erkrankung wahrscheinlich zu verlegen sei, ferner fragt er, ob etwa das Kaliber der Fasern an den angegebenen Stellen auffallende Abweichungen zeigte, resp. ob das Zahlenverhältniss der feineren zu den dickeren Fasern, z. B. in den Goll'schen Strängen, Besonderheiten dargeboten habe.

Flesch erwidert, dass in dem zweiten Falle der Knabe gesund gewesen sein soll bis 6 Wochen nach der Geburt, zu welcher Zeit er einen Fall auf den Kopf erlitt. Eine Zurückführung auf dieses Trauma ist nicht ganz aus zuschliessen. Die zweite Frage ist nicht zu entscheiden, da aus den Lähmungen nicht zu entnehmen ist, ob die gefundenen kleinen Fasern als solche oder als Ersatz für normalerweise zu erwartende und nicht zur Ausbildung gelangte grössere anzusehen sind.

Schluss der Sitzung.

Siemerling-Berlin.
