

IX.

Ein Fall von typisch recidivirender Oculomotoriuslähmung mit Sectionsbefund.

Von

Dr. Alfr. Richter,

erstem Assistenten der Irrenanstalt Dalldorf.



Nach Manz (Berliner klin. Wochenschr. 1885, No. 40) giebt es drei Publicationen von periodischer Oculomotoriuslähmung mit Sectionsbefund. Die älteste ist von Gubler, Gaz. des Hôp. 17. 1860 (Schmidt's Jahrb. 1860 S. 299), die zweite von v. Gräfe (Handb. der ges. Augenheilk. VI. 1875), die dritte von Weiss (Wiener med. Wochenschr. No. 17, 1885). Ich bin in der Lage eine vierte hinzufügen zu können. Der Fall stammt ursprünglich aus der Westphal'schen Klinik und wurde von Thomsen in der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 10. November 1884 demonstriert und in den Charité-Annalen X. Jahrgang, S. 567. 1885 veröffentlicht.

Der betreffende Patient war 1850 geboren. Vater epileptisch. Keine Lues. Seit seinem 5. Lebensjahre bekam er jeden April oder Mai und seit seinem 29. auch im Herbst, unter Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit eine rechtsseitige Oculomotoriuslähmung, deretwegen er schon bei v. Graefe war. Seit 1869 trug er, weil die Augen ungleich waren, eine Brille, deren rechtes Glas ganz blau war, das linke halb. Bei Licht sah er doppelt, Abends genauer. Eine Tante vervollständigte die Anamnese noch dahin, dass sein rechtes Auge schon seit seinen jungen Jahren eine grössere Pupille gehabt hätte, als das linke.

Dreizehn Jahre alt fiel er von einer Leiter. Er war für den ersten Augenblick ohnmächtig und bekam darnach den ersten Krampfanfall. In den folgenden vier bis fünf Jahren bekam er die Krämpfe regelmässig alle 8 bis 14 Tage. 1869 bis 1880 blieben sie manchmal 6 oder 8 Wochen aus. 1880 verschlimmerte sich sein Zustand durch unglückliche Ehe und so hatte er sie 1880/81 manche Woche zwei oder drei Mal. Wenn er die Krämpfe kriegt,

ist er sehr still, wird verwirrt und die Sprache fällt ihm sehr schwer; er hat dann solche Aengstlichkeit, eine Angst überläuft ihn. Seit 1883 hatte er sie die Woche ein und zwei Mal, aber alle Mal gleich zwei, drei Mal hintereinander. Uebrigens hatten die Krämpfe und jene Lähmung des rechten Auges nichts miteinander gemein.

Er war nun von 1880 bis 1885 sechs Mal in der Charité. Das erste Mal, 1880, kam er wegen Delirium dahin; es hiess damals über ihn, dass er gegen Alkohol sehr empfindlich sei; auch hatte er eine weite, starre rechte Pupille, und fehlten, ohne sonstige Abnormitäten, beide Kniephänome. 1884 litt er neben seinen Krämpfen an erheblichen Aufregungszuständen, Schlaflosigkeit und Verfolgungsideen.

Der Aufenthalt des Patienten in der Charité vom Jahre 1884 bot Thomsen das Material zur bereits erwähnten Bearbeitung des Falles und ich will mir erlauben, für diese Zeit wörtlich nach der Thomsen'schen Arbeit die Krankheitsgeschichte ergänzen:

„Die Kniephänomene waren beiderseits deutlich vorhanden. Auf dem rechten Auge hatte er eine mittlere Oculomotoriusparese. Das Gesichtsfeld für Weiss und Farben war links kaum, rechts dagegen mässig eingeschränkt, die Einschränkung für Farben entsprach der für Weiss, die Reihenfolge der Farbenkreise war nicht gestört, auch wurden die Farben mit jedem Auge richtig erkannt. Das Gehör war beiderseits gleich, die Knochenleitung gut. Der Geruch war beiderseits gut, subjectiv rechts deutlicher. Auf der rechten Zungenhälfte wurden schmeckende Lösungen gut, auf der linken dagegen gar nicht geschmeckt, auch Chininlösung nicht. 12. October 1884. Patient klagt seit gestern Abend wieder über Angst vor einem kommenden Anfall, Appetitlosigkeit, rechtsseitigen Kopfschmerz und unruhigen Schlaf. Gesichtsausdruck und Stimmung etwas deprimierter als gewöhnlich. Die Ptosis des rechten oberen Lides ist heute bedeutend stärker ausgeprägt — früh am Morgen soll Patient das Auge fast gar nicht haben öffnen können — auch weicht das Auge weiter nach aussen ab. Das Gesichtsfeld ist links für Weiss und Farben im mittleren Grade (weiss ca. 50°), rechts dagegen hochgradig eingeschränkt, für Weiss auf $20-25^{\circ}$, für Blau und Roth auf $15-20^{\circ}$, für Grün auf $5-10^{\circ}$. Dabei werden die Farben beiderseits gut und richtig erkannt. Gehör, Geruch, Geschmack wie vorher. Keine Störung der Sensibilität.

13. October 1884. Das rechte Auge ist heute fast ganz geschlossen. Heute Morgen konnte Patient es gar nicht, um 10 Uhr nur einige Millimeter öffnen. Das Auge thränt, steht sehr stark nach aussen. Gesichtsfeld links: weiss 25° , Farben entsprechend; rechts: die Bewegung der weissen Scheibe, ebenso wie die Farbe, wird nur im Fixationspunkt wahrgenommen. Leider wurde der Anfall in den nächsten Tagen nicht genauer beobachtet, und wird deshalb hier auch nur summarisch mitgetheilt. Jedenfalls war am 19. October bereits der Anfall vorüber und der Status quo wieder eingetreten. An diesem Tage hatte Herr Dr. Uhthoff die Güte, den Kranken genauer zu untersuchen. Das Ergebniss war folgendes: Rechtsseitige Oculomotoriusparese in allen Zweigen. Beweglichkeit nach oben fast völlig defect, nach unten

ziemlich gut erhalten. Im Sinne des Rectus internus besteht eine Bewegungsbeschränkung, die weit geringer als die nach oben und etwas stärker als die nach unten ist. Mässige Ptosis, jedoch kann das obere Lid fast bis zur Norm erhoben werden, Pupille mittelweit, starr auf Licht, Accommodation und sensible Reizung. Sehschärfe: Links: Sn. $1\frac{1}{2}$ p. p. 5'', Sn. XX in 20'. Hyp. $\frac{1}{40}$. Rechts: Sn. 13 p. p. 5'' ohne Gläser Sn. $1\frac{1}{2}$ mit + 6 mühsam, Sn. LXX in 20' mit — 50. Das Gesichtsfeld für Weiss und Farben ist auf dem linken Auge normal, rechts besteht eine mässige Einengung, besonders für die Farben. Das Verhalten des Hintergrundes beider Augen, sowie der brechenden Medien ein durchaus normales. Das linke Auge ist überhaupt ohne Abnormalität.

Wenn man nach Vorstehendem annehmen dürfte, dass der typische Herbanfall allerdings in gegen sonst wesentlich kürzerer Zeit abgelaufen war und demgemäss die Unvollständigkeit der Beobachtung bedauern musste, so verschaffte uns ein glücklicher Zufall die eines weiteren allerdings atypischen und incompleten Anfalls. Am 24. October, bis zu welchem Tage das Verhalten des Auges durchaus das gleiche geblieben war, erfuhr nämlich Patient den plötzlichen Tod seiner Schwester, der einen ersichtlichen tiefen Eindruck auf ihn machte. Am anderen Morgen ist er deprimirt, etwas ängstlich und zeigt eine, wenn auch mässige, so doch deutliche Verstärkung der Ptosis und der Abweichung des Auges nach aussen. Patient schielt beim Fixiren, was bisher nicht der Fall war. Die Ptosis, das Schielen, der Abstand der Doppelbilder — immer in derselben Weise und in demselben Abstand vom Patienten geschätzt, nahmen bis zum 27. ej. zu, an welchem Tage die Lähmung ihren höchsten Grad erreichte, um dann allmählig im Verlauf der nächsten 14 Tage zum Status quo zurückzukehren. Ganz entsprechend dem Lähmungsgrade verhielt sich nun die Weite des Gesichtsfeldes (und wenn auch weniger deutlich) auch die Sehschärfe. Es darf wohl mit Recht der Status vom 19. October als auch am Tage vor dem Eintritt der Lähmung bestehend zu Grunde gelegt werden, und werden in Folgendem die Prüfungsergebnisse der drei wichtigsten Tage — Beginn, Höhe und Ende des Anfalls — mitgetheilt. I. 25. October. — Beginn der Lähmung. Patient klagt über Uebelkeit und leichten Druck in und über dem Auge, sowie über leichte Angst. Distanz der Doppelbilder ca. 3 Finger breit. Ptosis deutlicher stärker als am Tage vorher. — Patient schielt. Gesichtsfeld: Linkes Auge: weiss 70°, blau 40°, roth 30°, grün 25°. Rechtes Auge: weiss 25°, blau 20°, roth 10°, grün 5°. Die Sehschärfe ist links = 1; rechts liest Patient in der Nähe

Sn. XIII ohne Gläser, Sn. II $\frac{I.}{II.}$ mit + 6 mühsam, in der Ferne Sn. L. in 20'.

II. 27. October. — Höhe der Lähmung. Psychisches Verhalten ungestört, keine Schmerzen mehr, Distanz der Doppelbilder ca. 4 Finger breit. Ptosis noch etwas erheblicher, es ist etwas mehr wie die Hälfte der Pupille vom oberen Lide bedeckt. Die Divergenz hat nicht mehr merklich zugenommen. Gesichtsfeld: Linkes Auge: weiss 25°, blau 14°, roth 20°, grün 15°. Rech-

tes Auge: weiss 10^0 , blau 8^0 , roth 10^0 , grün 3^0 . Die Sehschärfe ist links $= 1$; rechts liest Patient in der Nähe Sn. XVI. ohne Gläser, Sn. III. $\frac{I.}{II.}$ mit $+ 6$ mühsam, in der Ferne Sn. LXX. mühsam in $20'$. III. 10. November. — Fast Status quo. Psychisches Verhalten normal. Distanz der Doppelbilder knapp 2 Finger breit. Ptosis angedeutet, die Pupille ist ganz unbedeckt. Patient schielt nicht mehr, convergirt etwas. Gesichtsfeld: Linkes Auge: weiss 55^0 , blau 45^0 , roth 38^0 , grün 35^0 . Rechtes Auge: weiss 45^0 , blau 43^0 , roth 38 , grün 32^0 . Die Sehschärfe ist links $= 1$; rechts liest Patient in der Nähe Sn. IV. ohne Gläser, in $8''$ Sn. I. $\frac{I.}{II.}$ mit $+ 5$; in $4''$ — p. p. $2''$; in der Ferne Sn. LXX. in $20'$. Am 15. November wurde Patient entlassen.“ So weit Thomsen.

Patient kam sodann am 8. Januar 1885 abermals nach der Charité und blieb daselbst bis zum 16. Februar, dem Tage seiner Ueberführung nach Dalldorf. Er hatte nach seiner Entlassung getrunken und seine Krämpfe wieder bekommen. Seine rechte Pupille war starr, die Oculomotoriuslähmung noch vorhanden. Die linke Pupille war enger und reagirte gut. Bei einem rasch vorübergehenden Unwohlsein wurde die rechtsseitige Ptosis viel stärker.

In Dalldorf ergab die Untersuchung am 18. Februar: Das Gehörorgan in Ordnung. Rechte Pupille ausserordentlich weit und starr, die linke von gewöhnlicher Weite und gut reagirend. Die Sehaxen stehen einander nicht parallel und zwar steht die rechte zu tief. Beide Augen können alle Bewegungen gut ausführen, einzeln und zusammen, nur bleibt dabei die rechte Lidspalte enger, weil das obere Lid sich nicht so hoch hebt wie links. Zählt mit dem rechten Auge Finger, erkennt mit ihm alle Farben richtig und liest mit ihm Sn. VI. in gewöhnlicher Leseentfernung. Mit dem linken Auge erkennt er ebenfalls alle Farben richtig, liest mit demselben Sn. II. in der gewöhnlichen Leseentfernung. Das rechte Gesichtsfeld ist etwas eingeschränkt. Innen an der rechten Augenbraue eine Narbe von einem Fall aus 1883; dieselbe steht weder zu seinen Krampfanfällen, noch zu seiner Oculomotoriuslähmung in einem Bezug. Das Geruchsorgan in Ordnung, ebenso das des Geschmacks. Unterschenkelausschlag vorhanden.

Am 19. Februar: Rechte Pupille 9 Mm. Durchmesser, starr; linke reagirt auf directen und indirecten Lichtreiz. Auch bei der Accommodation reagirt nur die linke. Patient muss das rechte Auge bei genauerem Sehen in der Nähe zudrücken, weil er nahe gebrachte Gegenstände doppelt sieht. Bei genauerer Prüfung zeigt sich, dass eine gewisse Schwäche des Rectus super. d. daran schuld ist; ganz befriedigend ist am rechten Auge nur die Bewegung nach aussen; nach innen bewegt es sich ziemlich gut, jedoch nicht bis zu dem Grade wie links. Hochgradig ist die Bewegung des rechten Bulbus nach oben beschränkt; die Bewegungsbeschränkung nach unten hält etwa die Mitte zwischen der nach innen und oben. Die Ptose deckt $\frac{2}{3}$ der

Pupille. S. links gut, rechts Sn. II. $\frac{I.}{II.}$ — IV. mit schwachen Convexgläsern

deutlich verbessert. Die Pupille 8 Mm. bei Convergenz der Sehaxen unverändert. Die Fixation eines rasch genäherten Gegenstandes zeigt links deutliche Convergenz, rechts kommt eine complicirte Bewegung zu Stande, insofern als nach einer schwachen Einwärtsbewegung der Bulbus nach unten aussen abweicht. 11 Uhr 20 Min. ein Tropfen Eserinlösung. 11 Uhr 45 Min. Sn.

I. $\frac{I.}{II.}$ — II. gut gelesen. Die Pupille beim Blick in die Weite $3\frac{1}{2}$ Mm. Die Lichtreaction fehlt nach wie vor direct und indirect. Die übrigen Befunde unverändert. Subjectiv besseres Sehen auch in die Ferne.

28. März. Nachts heftigen Druckschmerz, als ob ihm das Auge nach innen gedrückt werden sollte, jedoch nicht in der Narbe, sondern in der Tiefe. Fühlte sich Morgens sehr abgeschlagen, Gegessenes erbrach er gleich nachher. Fühlt stark aufsteigende Hitze und Brechneigung. Ptosis bis über die Hälfte der Pupille. Deutliche Lähmung des sup. int. und inf. Der abduc. fungirt gut. Jene Narbe ist nicht empfindlich. Keine Sensibilitätsstörung. Sehen nicht erheblich beschränkt.

29. März das Auge wider den Willen des Patienten geschlossen; bemüht er sich die Lidspalte zu öffnen, so gelingt ihm das nur ein kleines Stück, unvollständig.

30. Juni. Vor einigen Tagen trat derselbe Zustand des rechten Auges ein, wie sub 29. März beschrieben ist. Nach Veratrinsalbe ging er schnell vorüber. Patient hat hier überhaupt noch keinen ausgesprochenen epileptischen Anfall gehabt, jedoch ist es ihm periodisch unwohl und er hat dann Kopfschmerzen. — 20. Juli. Temporär beurlaubt.

Den 17. December 1885 kehrte er zur Anstalt zurück. Hat hin und wieder Krämpfe gehabt; manche Wochen ein paar Mal, manchmal 14 Tage nicht; in den letzten Tagen hatte er sie mehr, in der einen Woche 4 Mal, am 16. 3 Mal. Immer nach Aerger. Hat Schnaps getrunken, wenn auch sehr selten.

21. December. War am Tage der Aufnahme noch sehr unruhig, legte sich plötzlich kurz nach der Aufnahme über den Stuhl zurück und fing an laut zu schreien (keine Worte) fiel nicht um und kam gleich wieder zu sich. In der Nacht delirirte er, griff zitternd in der Luft herum, sagte viel Blut verloren zu haben, legte sich in andere Betten, rückte an seiner Bettstelle herum, musste isolirt werden. Auch am Tage darnach leicht desorientirt, musste isolirt werden, rückte an den Möbeln. Tremor manuum. Am 19. besteht noch entschiedener Tremor, jedoch ist Pat. klar und giebt Auskunft. Spüre das Kommen der Krämpfe daran, dass es ihm vor den Augen schwebte und im Gehirn herumwühle. Anfang October sei es mit den Augen schlechter gewesen. Das Lid werde dann ganz steif und das Auge sei als ob es heraus-treten wollte, ein ungeheurer Druck da oben (am Auge). Appetitlosigkeit. Nach dieser Krankheit sei das Auge schwächer gewesen, was er beim Zuhalten

des linken Auges schnell merkte. Bis zum October habe er noch zeitweise Doppeltsehen gehabt, meistens des Morgens. Abends hätte er mit beiden Augen schlechter gesehen. Ausserhalb der Anfälle seien Kopfschmerzen und Schmerzen in anderen Körpertheilen nicht dagewesen, es bestanden nirgends Lähmungserscheinungen, speciell auch keine Störung beim Erfassen kleiner Gegenstände (arbeitet als Schuhmacher). Jetzt fühle er eine Mattigkeit in den Gliedern ohne Bevorzugung einer Seite. Objectiv ist am Kopfe Nichts von Sensibilitätsstörung nachweisbar. Jene Narbe an der rechten Augenbraue auf Druck nur sehr wenig empfindlich. Die rechte Pupille ca. 4 mm. weit, etwas weiter als die linke, starr bei directem und indirectem Lichtreiz. Die linke reagirt gut. Die Convergenzverengerung, welche links deutlich ist, fehlt rechts. Eine Ptosis besteht rechts ca. bis zum oberen Pupillenrande beim Blick gerade aus. Die Accomodation ist rechts geschädigt, links ist sie gut. Die rechtsseitigen Bulbusbewegungen sind hochgradig beschränkt und zwar wird das rechte Auge nach oben um höchstens 20° gedreht. Nach unten ist die Bewegung eine etwas vollkommeneren, bleibt jedoch bei forcirter Abwärtsbewegung erheblich zurück; die totale Excursion lässt sich schätzen auf etwa 30° , Rotation des Auges tritt dabei zweifellos hervor, dagegen sind die Seitwärtsbewegungen in keiner Weise als mangelhaft anzusehen, jedenfalls nach innen am wenigsten verändert. Conjugirte Augenbewegungen erfolgen gut. Die Convergenz scheint auf dem rechten Auge etwas mangelhafter insofern als eine ruckweise und weniger vollständige Bewegung gegenüber dem linken zu Stande kommt, bei monocularer Bewegung jedoch wird der innere Cornealrand bis zum Lidwinkel gebracht. Thräntäufeln besteht nicht, auch keine besondere Röthung und Schwellung. S links = 1, rechts werden auch über 5 Meter Finger gezählt. Rechter Augenhintergrund: Die feineren Gefässe nur undeutlich, die grösseren deutlich erkennbar. Papille etwas klein. Starke physiologische Excavation, sonst nichts Bemerkenswerthes. — Flüstersprache hört er auf beiden Ohren auf mehrere Meter. Abgesehen von einer Spur Tremor zeigt sich an den oberen Extremitäten in Kraftentwicklung, Bewegungsausgiebigkeit und Feinheit keine Abweichung. Sensibilität an den Handrücken befriedigend, in die Hände gegebene Gegenstände werden befriedigend erkannt. Steht auf beiden Beinen ohne wesentlichen Unterschied, ein Schwanken beim Gange scheint habituell zu sein, ist auf einer Seite nicht ausgesprochener als auf der andern. Unterschenkelausschlag vorhanden.

25. December. Es ist hier bei dem Anfall des ersten Tages geblieben; er hätte nach demselben einen Tag Kopfschmerzen gehabt, nur hätte er lebhafte Schmerzen in der rechten Seite.

10. Januar 1886. Die rechtsseitige Oculomotoriuslähmung ist eine totale, die Excursionen nach unten und oben fehlen jetzt ebenfalls ganz. Die Ptosis bedeckt das Auge zu $\frac{3}{4}$.

11. Januar. Stirbt an Lungengangrän, wegen der er bereits mehrere Tage lag.

Autopsie 21 $\frac{3}{4}$ h. p. m. Augen offen, Pupillen gleich und von gewöhn-

licher Weite. Hirngewicht mit weichen Häuten 1500 Gramm. Hinterhauptsschuppe prominirt links etwas mehr als rechts. Schädeldach etwas zu dick, diploëarm, mässig schwer, innen Gefässfurchen, Nähte verfolgbar. Auf der Aussenseite der Dura nichts Ungehöriges; durch sie hindurch sieht man die Windungen und Gefässe. Dura sehr weiss. Schädeldach mit der Dura leicht verwachsen. Auf der Innenseite der Dura nichts Ungehöriges. Die Pia beiderseits über den Scheitellappen getrübt, sulzig, grau, verdickt. Links über dem oberen Ende der Centralwindungen eine wasserklare Blase von der Grösse einer kleinen Haselnuss. Die Nerven der Basis sonst in Ordnung, nur hat der rechte Oculomotorius bei seinem Eintritt in die Dura eine keulenförmige Gestalt und ist in Folge dessen daselbst noch einmal so dick als links. Diese keulenförmige Stelle sieht mehr grau aus, während der linke Oculomotorius eine schöne weisse Farbe hat. Die Dura ist übrigens nicht verdickt. Die Knochen der Basis vollkommen in Ordnung. Die Pia der Basis zart und nicht verdickt. Die Sehnerven beide gleich und gut. Die Gefässe der Basis haben circumscribte weisse Einlagerungen, ihre Wandungen im Ganzen etwas verdickt. Der vierte Ventrikel nicht granulirt. An der unteren Seite des Kleinhirns die Pia getrübt und etwas verdickt. Sonst lässt sich die Pia in einem abziehen, sie umklammert fest die Windungen, so dass sie nur mühselig von ihr entfernt werden kann. Die Hirnrinde ist nach Wegnahme der Pia feucht, glänzend und wird durch das Abziehen derselben nirgends verletzt; verdickt ist übrigens letztere an der Convexität, besonders an den Stirnlappen. Die Windungen sind sehr gegliedert in Folge dessen machen sie keinen breiten Eindruck, sie sind jedoch wie man nach Wegnahme der Pia sieht durchaus nicht besonders atrophisch. Das Hirn hat gute Consistenz. Auch die übrigen Ventrikel sind nicht granulirt und kein Ventrikel ist erweitert. Die Gefässeintritte in das Hirnparenchym sind etwas weit. Die Rindensubstanz bleich und da die Windungen selbst zierlich, nicht allzu breit. Ueber das Kleinhirn sonst nichts zu bemerken. Die Adergeflechte hatten roth-graue Farbe. Die Ammonshörner gewöhnlich und gleich. Sonst über das Gehirn nichts zu bemerken. Die Augäpfel wurden herausgemeisselt; sie waren gleich. Das Hirn wurde in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet.

Mikroskopische Untersuchung. Der Tumor des rechten Oculomotorius wurde zur Hälfte in Längs-, zur Hälfte in Querschnitte zerlegt, welche nach der Weiggert'schen Kupfermethode gefärbt wurden. Er war ein Fibrochondrom und hatte die Faserzüge des Oculomotorius auseinandergesprengt, nicht aber zum Schwund gebracht. Schnitte durch den Oculomotorius dext. vor und hinter dem Tumor sahen durchaus nicht anders aus als solche durch den linken. Die Kerne beider Oculomotorii hatten die gleiche Beschaffenheit und zeigten durchaus nichts Pathologisches. Auch sämtliche Muskeln des rechten Augapfels zeigten gesunde Beschaffenheit. Auch die Schnitte durch die Nervi optici zeigten vollkommen gleiche normale Beschaffenheit.

Einer Epikrise des Falles kann ich mich bei der Ausführlichkeit, mit

welcher ich die Krankengeschichte gegeben habe, enthalten. Ich will nur bemerken, dass die Diagnose Thomsen's der Sache doch nicht zu fern war, wenn er schreibt: „Es scheint mir im vorliegenden Fall mit Rücksicht auf die dreissigjährige Dauer der Affection, auf die psychischen Factoren und die parallele conc. G. F. E. sehr unwahrscheinlich, dass überhaupt ein materielles Leiden vorliegt — es dürfte sich vielleicht um eine rein functionelle Störung handeln“, denn in der That war jener Tumor in den Oculomotorius nur eingelagert.

Da Tumoren der Hirnnerven im Allgemeinen selten sind erwähne ich ein Psammom des rechten Opticus, welches von mir, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 41. Bd., 1885, S. 638, beschrieben ist, um so mehr, als Vossius (über Sehnervengeschwülste, Berliner klinische Wochenschrift 1885, S. 199) diesen Fall noch nicht mit aufführen konnte.
