

XXXVIII.

Referate.

E. Leyden, Die Entzündung der peripheren Nerven (Polyneuritis — Neuritis multiplex), deren Pathologie und Behandlung.

Zwei Vorträge, gehalten in der militärärztlichen Gesellschaft zu Berlin. — Berlin 1888. E. S. Mittler & Sohn. pp. 42.

I. Vortrag. Verfasser leitet seinen Vortrag ein durch Hervorheben der grossen Fortschritte, welche die Nervenpathologie in der jüngsten Zeit gemacht; die multiple Neuritis bezeichnet er als eine der jüngsten unter den neuerkannten Nervenkrankheiten. Im Jahre 1879 hat der Vortragende zuerst die genannte Krankheit als eine klinisch wohl charakterisirte Krankheitsform eingeführt und so verdankt sie dem Verfasser ihre selbstständige Existenz.

Das Krankheitsbild der multiplen Neuritis unterscheidet sich wesentlich von den seit langer Zeit bekannten peripherischen Lähmungen einzelner Nerven und Muskeln dadurch, dass die Lähmungen der multiplen Neuritis vielfache sind, vornehmlich die Extremitäten betreffen — diese meist doppelseitig — und endlich noch dadurch, dass diese Lähmungen in der Mehrzahl der Fälle zu Muskelatrophie führen. Dieses Symptomenbild schliesst sich demnach vielmehr an den Typus der spinalen Erkrankungen an und ist früher zweifellos zu den Rückenmarkskrankheiten gezählt worden. Nach einer kurzen historischen Uebersicht über die Deutung dieses Krankheitsbildes hebt Verfasser das Verdienst Charcot's hervor, welcher zuerst bei amyotrophischen Lähmungen eine ausgesprochene Atrophie der grossen multipolaren Ganglienzellen in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarks fand. Verfasser selbst hatte schon bei Gelegenheit einer Arbeit über die Kinderlähmung (1875) darauf hingewiesen, dass ein Theil der Symptome auf periphere Nervenerkrankungen zu beruhen schien; auch hatte er ausgeführt, dass viele Lähmungen nach acuten Krankheiten den Charakter peripherischer Processe tragen und selbst einige Fälle von Neuritis mit verbreiteten Lähmungen und Muskelatrophie beobachtet. Zugleich lenkte die bekannte Arbeit von Duménil die Aufmerksamkeit auf sich. Es kamen dann andere Beobachtungen hinzu, in welchen in einzelnen Fällen atrophischer Lähmung p. m. das Rückenmark intact, dagegen die Nerven atrophisch gefunden wurden.

Der Vortragende formulirte als der Erste im Jahre 1880 das klinische Bild der multiplen Neuritis mit Sicherheit und begründete dasselbe durch anatomische Untersuchungen. Seit dieser Zeit ist die multiple Neuritis als eine selbstständige Krankheitsform anerkannt; es ergab sich zugleich, dass die Mehrzahl der Fälle, welche von Duchenne als Paralyse antérieure spinale beschrieben war, hierher gerechnet werden müssten.

Verfasser schildert nun die beiden von ihm beobachteten Fälle, die ein sehr übereinstimmendes Krankheitsbild darboten; bei der Atrophie derselben fand sich das Rückenmark normal und es bestanden nur die specieller beschriebenen Veränderungen in den peripherischen Nerven. Es hatte sich, wie die Untersuchung lehrte, als anatomische Grundlage der Krankheit eine multiple degenerative Neuritis ergeben, welche die Nerven der vier Extremitäten ergriffen, sich aber vorzüglich auf die Gegend der Ellenbogen- und Kniegelenke beschränkt hatte.

Durch diese Beobachtungen war festgestellt, dass Krankheitsfälle, welche unter dem bisher als Poliomyelitis bezeichneten Bilde aufgetreten waren, sich als multiple Neuritis erwiesen; der Vortragende vermuthet, dass die Mehrzahl der Fälle von acuter und subacuter (atrophischer) Paralyse der Erwachsenen auf eine gleiche multiple Neuritis zurückzuführen sein wird, obgleich er zugiebt, dass eine gleichzeitige Betheiligung des Rückenmarks (sc. seiner grauen Substanz) vorkommen möge, da in Wirklichkeit absolute Schranken in der Verbreitung pathologischer Processe nicht bestehen.

Die klinische Erfahrung lehrte, dass die in Rede stehende Lähmungsform, so schwer sie zuerst erschien, im Ganzen eine gute Prognose giebt, da die Regenerationskraft der peripherischen Nerven eine ausserordentlich energische ist.

Der Vortragende weist schliesslich noch besonders auf die Symptome der sensiblen Sphäre hin, welche in ihrer Verschiedenartigkeit geschildert werden.

Als einige seltene Symptome werden angeführt eine Betheiligung des N. facialis, Affection der Augenmuskeln, Strabismus, Nystagmus, Pupillenerweiterung und selbst Pupillenstarre. Auch Störungen der Blasen- und Mastdarmfunctionen kommen vor, und es scheint, dass auch diese peripherischer Natur sind. Als weitere Complication sind erwähnt: Delirien, Aufregungszustände, Schlaflosigkeit und Complication von Seiten des Herzens: Palpitationen, erhöhte Pulsfrequenz, Beklemmungen und Zeichen von Herzschwäche.

Die Entwicklung der Krankheit ist acut (auch mit schneller Heilung), subacut oder chronisch.

Aetiologisch werden fünf Gruppen unterschieden: 1. die infectiöse Form; 2. die toxische Form (Blei, Alcohol, Arsen, Phosphor); 3. die spontane Form; Rheuma und Ueberanstrengung; 4. die atrophische (dyscrasische, cachectische) Form; 5. die sensible Form (Neuritis der peripherischen sensibeln Nerven, Pseudotabes oder Neurotabes peripherica).

Für den wichtigsten Heilplan hält der Vortragende einen hygienisch-

expectativen; von Medicamenten werden vorzugsweise bezeichnet: Salicylsäure resp. Natron salicylicum, Antipyrin und Antifebrin. Ferner wird empfohlen Ruhe, elektrische (galvanische) Behandlung; in Fällen, in denen im Anfange unter Fieber und Schmerzen der Appetit und die Ernährung stark gelitten haben, später eine vorsichtige, gut roborirende Diät.

Die ätiologische Behandlung ist für mehrere Formen von Bedeutung, z. B. für die rheumatische Salicylsäure, Antipyrin, ebenso erfordert die Bleilähmung und alcoholische Lähmung, die syphilitische eine besondere Therapie.

Für die symptomatische Therapie ist die wichtigste Indication gegeben durch den Schmerz, der zuweilen erschöpfend wirkt; am besten wird Morphinum angewandt, indess macht der Vortragende auf die Gefahren einer andauernden Behandlung mit diesem Mittel aufmerksam und empfiehlt dem Arzte ökonomisch zu sein. Intercurrent werden Antifebrin, Antipyrin, Cocain empfohlen, um den Morphinumgebrauch zu unterbrechen.

Schliesslich wird noch auf die häufig eintretende Nothwendigkeit von Nachcuren aufmerksam gemacht, dabei Thermen-, sowie Sool- und Moorbäder empfohlen; in den späteren Stadien Kaltwassercuren.

II. Vortrag. Es wird hier zunächst die Frage erörtert, ob in den im I. Vortrage aufgestellten Krankheitsformen der gleiche pathologisch-anatomische Process vorliege. Diese Frage wird verneint und entzündliche Processe der Nerven in einer Reihe von Fällen, zu denen u. A. die von dem Vortragenden veröffentlichten gehören, werden unterschieden von passiven (degenerativ-atrophirenden) Vorgängen, obwohl beide Processe weder anatomisch, noch klinisch symptomatisch scharf zu trennen sind. Aber nach einer anderen Richtung hin lässt sich die multiple Neuritis in zwei Gruppen trennen, sofern sie vorherrschend resp. ausschliesslich die motorischen oder sensiblen Nerven ergreift. Die sensible Form trennt sich wieder in zwei Gruppen, die acute oder subacute Form, ihrem Wesen nach der typischen multiplen Neuritis sich anschliessend, und die chronisch-atrophische Form, welche in naher Beziehung zur Tabes steht. In der motorischen Form tritt motorische Lähmung und Atrophie in den Vordergrund; in der zweiten Form überwiegen die sensiblen Symptome, und die motorischen Störungen stellen sich nicht als Paralyse, sondern als Ataxie dar (Pseudotabes und Neurotabes peripherica).

Es wird sodann auch der acuten aufsteigenden (Landry'schen) Paralyse Erwähnung gethan und hält der Vortragende die Krankheit, auf Grund der bekannten Beobachtung von Eichhorst in Betreff der Natur derselben, die Ansicht für begründet, dass sie, wenigstens in einer Anzahl von Fällen, zur multiplen Neuritis zu zählen ist und begründet diese Ansicht. Weiterhin wird in einer Specialbetrachtung behandelt:

I. die infectiöse Form der multiplen Neuritis. Dass ein grosser Theil der Lähmungen nach acuten Krankheiten (u. A. Diphtheritis) zu der multiplen Neuritis gerechnet werden müsse, hält L. nicht mehr für zweifelhaft; die grösste Zahl dieser Lähmungen gehört der motorischen Form an, aber auch

die sensible Form ist nicht selten, es kommt zu Neuritiden mit heftigen Schmerzen, Dysästhesie und auch zu Ataxie (Pseudotabes). Solche Ataxien nach Diphtherie, Pocken und Typhus sind mehrfach beschrieben worden. Diese Form der infectiösen Neuritis verdankt, wie der Vortragende in Uebereinstimmung mit Dr. Rosenheim annimmt, ihre Entstehung der deletären Wirkung chemischer Stoffe, Stoffwechselproducte der Bakterien (Ptomaine) und nicht einem organisirten Virus. Es werden schliesslich noch einige zu der infectiösen Form der multiplen Neuritis zu zählende Erkrankungen besprochen; so macht L. auf die Aehnlichkeit der Symptome und Befunde bei der japanischen Kakke (Beri-beri) mit der multiplen Neuritis aufmerksam, auf welche schon von Scheube und Bälz hingewiesen war, und bespricht das Verhältniss von Syphilis und Tuberculose; es werden Beispiele dafür angeführt, dass bei beiden Krankheiten multiple Neuritis vorkommen könne, obgleich er geneigt ist, die bei der Tuberculose vorkommende Form zu der cachectischen (marastischen) zu rechnen.

Es wird weiter (II.) die toxische Form der multiplen Neuritis besprochen. Es gehört hierher die Bleilähmung, von welcher der Vortragende annimmt, dass sie in ihrem eigentlichen Typus eine peripherische atrophische Affection sei und keine spinale Erkrankung. Es folgt die Betrachtung der Phosphor- und Arsenlähmungen; auf die Lähmungen nach Kohlenoxydvergiftung, Schwefelkohlenstoff, Anilinvergiftung und die nach Ergotismus entstehenden Lähmungen will L. nicht umgehen, da eine absolute Vollständigkeit der Besprechung nicht in dem Plan des Vortrages liege. Hieran schliessen sich einige Bemerkungen über mercurielle Lähmungen und über experimentelle Neuritis (durch Injection von toxischen Stoffen, namentlich von Aether, Chloroform, Alcohol, Ammoniak, Plumbum acet.). — Der Vortragende kommt alsdann zur interessantesten Form der toxischen Neuritis, der Alcoholneuritis. Während er früher die Ansicht Leudet's theilte, dass es sich hierbei am wahrscheinlichsten um eine spinale resp. meningitische Affection handle, haben neuere Beobachtungen das häufige Vorkommen von Neuritis bei Alcoholisten festgestellt und hält er es für sehr wahrscheinlich, dass die drei von ihm aufgestellten Formen: Tremor alcoholicus; alcoholische Paraplegie; Ataxie der Säufer; die hyperästhetische Form (mit Ausnahme des Tremor alcoholicus) auf Neuritis beruhen. Zu der paralytischen und atactischen Form der multiplen Neuritis gesellt sich noch die hyperästhetische, durch ausserordentliche Schmerzen bedingte, hinzu. Nach der Anführung der Autoren, deren Untersuchungen werthvolle Beiträge zur Kenntniss von der Alcoholneuritis gaben, wird die atactische Form des Alcoholismus, die Ataxie der Säufer, besonders betont; L. zweifelt nicht daran, dass diese auf einer sensiblen Neuritis beruhe, indess fast nur gemeinsam mit der motorischen vorkommt. Diese Ataxie der Säufer hat die grösste Aehnlichkeit mit der Tabes, so dass man kaum die Diagnose zu stellen vermag, wenn man nicht die Aetiology kennt. Die hyperästhetische Form des Alcoholismus gehört gleichfalls zur Neuritis.

Die Alcohol-Neuritis wird nicht selten von Herzsymptomen begleitet:

Tachycardie, Herzklopfen, Dyspnoe, Asthma, Herzschwäche (Degeneration der Nervenfasern und Kerne des Vagus).

Die spontane oder primäre Form der multiplen Neuritis entwickelt sich ohne eine vorangehende Krankheit; Ursache sind Erkältungen und Muskelüberanstrengungen; der Vortragende berichtet einen von ihm beobachteten Fall zur Erläuterung.

Die atrophische (dyscrasische) anämische, cachectische Form der multiplen Neuritis ist am wenigsten bekannt. L. giebt die Symptomatologie dieser Erkrankungsform, welche an die schweren, aber nicht zu auffälliger Atrophie fortschreitenden Lähmungen nach acuten Krankheiten erinnert. Dabei werden die anatomischen Befunde von Oppenheim und Siemerling bei cachectischen Zuständen u. s. w. angeführt, welche gewöhnlich in einer beträchtlichen Alteration der Nerven bestanden. Noch eine andere Form multipler neuritischer Lähmungen rechnet L. hierher, die Lähmungen bei *Tabes*; auch hier kann man eine hyperästhetische oder neuralgische, motorische oder atactische Form unterscheiden. Die Erscheinungen stimmen mit der Form der Neuritis, besonders der Alcohol-Neuritis überein. —

Am Schlusse des Vortrages bespricht der Vortragende noch die sensible oder atactische Form der multiplen Neuritis, *Neurotabes peripherica* oder *Pseudotabes*. Er vertheidigt zunächst seine Theorie über die Entstehung der Ataxie und sucht dieselbe noch weiter zu begründen, besonders durch die Beobachtungen über die sensible Form der multiplen Neuritis, deren Kenntniss vorwiegend den Untersuchungen von Dejerine zu verdanken ist. Es wird eine acute resp. subacute Form beschrieben (nach acuten Krankheiten) und eine chronische. Die Fälle der ersteren stimmen darin überein, dass sie mit Sensibilitätsstörungen, Pelzigsein, Schmerzen etc. verbunden sind, welche als die Ursache der Ataxie zu betrachten sind. Die zweite Form steht zur typischen *Tabes* in naher Beziehung, ist, wie diese, meist chronisch und besteht in einer sklerosirenden Atrophie der peripherischen sensiblen Nerven. In Betreff der weiteren interessanten Ausführungen, die an diese (peripherische) Form von *Tabes* anknüpfen, müssen wir auf das Original verweisen, in welchem u. A. die Frage discutirt wird, ob die *Tabes* einen peripherischen Ursprung haben könne. —

Wir haben den Inhalt der beiden Vorträge, die sich durch grosse Klarheit der Darstellung auszeichnen, ausführlicher mitgetheilt, weil sie zum ersten Male in umfassender Weise einen Ueberblick über das Gesamtgebiet der multiplen Neuritis geben und die mitgetheilten Resultate geeignet sind, die eigene Forschung zur Prüfung der ausgesprochenen Ansichten durch neue Thatsachen anzuregen. Dem Verfasser können wir nicht umhin unseren Dank für die Veröffentlichung der Vorträge auszusprechen.

affectionen. Separat-Abdruck aus dem Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1888.

Der Autor bezeichnet diesen Theil seines Lehrbuches, der als Separat-Abdruck erschienen ist, als einen vorläufigen Versuch einer systematischen Darstellung der Beziehungen, welche zwischen den Erkrankungen des Centralnervensystems und denen des Kehlkopfs walten. Es hat ein solches Werk bisher gefehlt und dürfte deshalb dem Laryngologen wie dem Neurologen gleich willkommen sein. In knapper, präziser Darstellung giebt es dem Leser eine gute Uebersicht über das Wissenswerthe auf diesem Gebiete. Die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen sind in befriedigender Vollständigkeit (einige Beiträge sind dem Verfasser entgangen) gesammelt und kritisch gesichtet. Theoretische Auseinandersetzungen sind möglichst vermieden, ohne dass der Verfasser es versäumte, in den wichtigsten Fragen, die noch Gegenstand lebhafter Discussion sind, die eigene Meinung zum Ausdruck zu bringen. Die Anordnung des Stoffs ist eine zweckmässige. Oppenheim.

Etude médico-légale sur l'alcoolisme, des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés, par le docteur Vétault. — Paris, 1887. Librairie J. B. Baillière et fils. 237 Seiten.

Nach einer kurzen historischen Einleitung und Besprechung der enormen Verbreitung des Missbrauches geistiger Getränke, namentlich in den civilisirten Ländern, giebt Verfasser eine Uebersicht der in einzelnen Ländern existierenden gesetzlichen Vorschriften über die Verhütung des Missbrauches und der gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Zurechnungsfähigkeit der dem Trunke ergebenen Individuen.

Das eigentliche Thema wird in vier Capiteln abgehandelt: Trunkenheit, das Delirium tremens, der chronische Alcoholismus und die Dipsomanie. Jedem Abschnitte ist eine Reihe sehr sorgfältiger Beobachtungen beigegeben, zum Theil vom Autor selbst, zum Theil von fremden Autoren. In den mitgetheilten Fällen handelt es sich um Individuen, welche in den verschiedenen Stadien der Alkoholintoxication strafwidrige Handlungen begangen haben. Die Frage der Zurechnungsfähigkeit wird in jedem Falle erörtert.

Das erste Capitel gliedert sich in zwei Abschnitte, in welchen der Verfasser uns mit der einfachen Trunkenheit und der complicirten oder pathologischen Trunkenheit bekannt macht. Unter letztere begreift derselbe die Erregungszustände oder Anfälle von Furor maniacus, welche bei prädisponirten Individuen unter dem Einflusse von Spirituosen zu Stande kommen. Die hervorstechendsten Symptome werden in beiden Arten einer Würdigung unterzogen.

Das zweite Capitel giebt eine gute Schilderung, insonderheit der psychischen Symptomengruppe des Delirium tremens.

Beim dritten Capitel, dem chronischen Alcoholismus, werden die Störungen der Motilität, der Sensibilität und der Intelligenz berücksichtigt.

Bei der Besprechung der Dipsomanie stellt sich Verfasser im Wesentlichen auf den Standpunkt Magnan's, welcher sich kurz dahin präcisiren lässt: die Dipsomanen sind hereditär belastete Individuen mit dem impulsiven Trieb zum Trinken, welcher anfallsweise auftritt.

Zum Schluss resumirt Verfasser bezüglich der Zurechnungsfähigkeit dahin, dass er neben der Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit eine verminderte Zurechnungsfähigkeit gelten lassen will. Die Zurechnungsfähigkeit soll erhalten sein in allen Fällen der einfachen Trunkenheit, hier liegt es nämlich in der Macht des Individuums, die Trunkenheit zu vermeiden. Weiter ist dieselbe ganz vorhanden in den Fällen, wenn der Betreffende sich absichtlich dem Alcoholgenuss hingiebt, um in dem Zustande der Erregung die beabsichtigte That zu vollbringen.

Verminderte Zurechnungsfähigkeit soll in Geltung kommen bei geistig schwach beanlagten Individuen mit geringer Toleranz gegen Alcohol, auch dann, wenn diese Individuen ihre geringe Resistenzfähigkeit und die etwaige Gefahr, der sie sich aussetzen, kennen. In zweiter Linie ist die Zurechnungsfähigkeit vermindert, wenn der Betreffende nachweislich gegen seinen Willen in einen Zustand von Trunkenheit versetzt ist.

Unzurechnungsfähigkeit ist beim Delirium tremens und beim chronischen Alcoholismus, wo die geistigen Functionen mehr weniger gelitten haben, vorhanden.

Siemerling.

Edward Long Fox: The influence of the sympathetic on disease. With illustrations. London 1885. Smith, Elder & Co.

Das 566 Seiten umfassende Werk bildet eine überaus ausführliche Darstellung derjenigen Krankheitszustände, welche auf eine Affection des sympathischen Nervensystems bezogen werden.

Die ersten Capitel sind der Anatomie und Physiologie des Sympathicus gewidmet.

Es folgt eine Besprechung der allgemeinen Pathologie mit besonderer Berücksichtigung des bisher noch so dunklen Gebietes der pathologischen Anatomie des sympathischen Nervensystems.

Dann werden alle jene Krankheitserscheinungen und Krankheitsformen auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und der reichen eigenen Erfahrungen des Verfassers einer Besprechung unterzogen, welche sympathischen Ursprungs sind oder eine Betheiligung des Sympathicus vermuthen lassen. Um wenigstens einen Einblick in die Reichhaltigkeit des Stoffes zu gewähren, sollen die einzelnen Krankheitszustände, die in besonderen Capiteln abgehandelt werden, hier angeführt werden:

Morbus Basedowii,
Kopfschmerz, Hemikranie,
Insomnie,

Epilepsie,
 Erkrankungen des Rückenmarkes: (Progressive Muskelatrophie,
 Tabes etc.),
 Hitzschlag, Hemiplegie, allgemeine Paralyse,
 Epididrosia,
 Angina pectoris,
 Neuralgia hepatica, Diabetes mellitus,
 Viscerale Neurosen,
 Neurasthenie,
 Pigmentation,
 Diabetes insipidus,
 Symmetrische Gangraen,
 Myxoedem, Skleroderma.

Das Werk erhält wohl seinen Hauptwerth durch die sorgfältige Zusammenstellung vieler wichtiger, in der Literatur zerstreuter Angaben und Beobachtungen. Es gereicht dem Autor nicht zum Vorwurf, dass er sich auf ein Gebiet gewagt hat, auf welchem die Lücken des Wissens noch so vielfach durch Hypothesen ausgefüllt werden müssen.

Die Illustrationen, namentlich die sich auf histologische Verhältnisse beziehenden, sind nicht besonders instructiv. Oppenheim.

Kurze Bemerkungen zu der von Eichhorst sogenannten Neuritis fascians. Von Dr. Siemerling, Dozenten in Berlin.

Im 2. Heft des CXII. Bandes des Virchow'schen Archiv's bringt Eichhorst die Schilderung eines Falles von Alcoholneuritis mit Sectionsbefund. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Muskulatur erwähnt der Verfasser eine eigenartige Veränderung in dieser, welche er mit dem Namen „Neuritis fascians“ bezeichnet. Bei dem Fehlen aller sonstigen ausgebreiteten Veränderungen in der Muskulatur wird dieser Befund besonders hervorgehoben, ohne dass er jedoch als specifisch für die Alcoholneuritis angesprochen wird.

Das Zustandekommen dieser als Neuritis fascians bezeichneten Erkrankung soll nach Eichhorst folgendermassen zu Stande kommen: ihren Anfang nehmen diese Veränderungen von dem verdickten Epineurium der muskulären Nervenäste; von den epineuralen Lamellen werden angrenzende Muskelprimitivbündel umwachsen, eingeengt und zum Druckschwund gebracht. Auf diese Weise entsteht folgendes Bild, wie es die wohlgelungenen Figuren wiedergeben: Umgeben von einer mehrschichtigen, concentrisch angeordneten Bindegewebsschicht, deren einzelne Lamellen an manchen Stellen durch Lücken von einander getrennt sind, liegen mehrere in ihrem Volumen sehr reducirte Muskelprimitivbündel, zuweilen allein, zuweilen sieht man noch in ihnen Reste von Nervenfasern. „An mehreren Stellen, offenbar den älteren, ist von Nervenfasern kaum mehr etwas zu erkennen, sind doch hier die erst später ergriffenen Muskelprimitivbündel selbst bis auf schmale Reste geschwunden“.

Ich übergehe die ferneren, vom Verfasser an diesen Befund geknüpften Deductionen.

Es liegt ferne von mir, etwa in Abrede stellen zu wollen, dass partielle intermuskuläre Bindegewebswucherung in dem untersuchten Falle Statt gehabt hat, wie dieses weiter unten ausgeführt wird, nur über die als Neuritis fascians beschriebenen Veränderungen seien mir einige Ausführungen erlaubt.

Bei der Betrachtung der Figuren 8, 9, 10 fällt sofort die grosse Ähnlichkeit auf, welche diese Veränderungen haben mit den von Roth*) beschriebenen neuromuskulären Stämmchen in den willkürlichen Muskeln. In der That sind diese neuromuskulären Stämmchen vollständig identisch mit der Neuritis fascians. Schon aus der Schilderung, welche Roth von diesen Gebilden giebt, geht die Identität ohne Zweifel hervor. Bereits Roth wies diese Stämmchen in ganz normalen Muskeln bei Menschen und Thieren nach und betont deren physiologisches Vorkommen.

Ich lasse dahin gestellt, ob die von E. Fränkel, Eisenlohr, v. Millbacher, F. Schultze beschriebenen Veränderungen völlig identisch sind mit den neuromuskulären Gebilden. Eine spätere Beschreibung Westphal's**), welche die Veränderungen in einem Falle von Pseudohypertrophie der Muskulatur betrifft, stimmt ganz mit der von Roth gegebenen überein. Die Durchsicht der Präparate bestätigt die völlige Identität auch mit der sogenannten Neuritis fascians.

Beiläufig habe ich***) das Vorkommen dieser neuromuskulären Stämmchen erwähnt in den Augenmuskeln (rect. inf.) bei degenerativer Atrophie derselben. Den Angaben von Roth, dass die neuromuskulären Stämmchen als physiologische Bildungen zu betrachten sind, pflichte ich vollkommen bei. In zwei bereits vor längerer Zeit von mir untersuchten Fällen (der eine betrifft eine ganz gesunde Person im Alter von 20 Jahren, welche durch Selbstmord zu Grunde ging), habe ich in den verschiedensten Muskeln (z. B. Biceps, Ext. carpi uln., Peronaeus longus, Extens. digit. pedis comm., Pector. maj. und in einer Reihe anderer) diese eigenartigen Bildungen in wechselnder Anzahl, theils nur verschmälerte Muskelfibrillen, theils mit Nervenfasern zusammen von verschiedener Grösse, manchmal zu zweien zusammenliegend nachweisen können. Mit Leichtigkeit lassen sich dieselben an mikroskopischen Schnitten von normalen und pathologischen Muskeln der Menschen demonstrieren. Die im Muskel statthabenden Veränderungen, mögen dieselben parenchymatöser oder interstitieller Natur, in geringem oder starkem Grade vorhanden sein, sind, so weit meine Erfahrung reicht, ohne jede Einwirkung auf die neuromuskulären Gebilde, insonderheit auf Anzahl, Gestalt, Inhalt derselben. Ueber die Entstehung erlaube ich mir kein Urtheil; möglicherweise handelt es sich bei der Regelmässigkeit des Vorkommens um congenitale Gebilde.

Angesichts dieser Befunde erscheint es wohl kaum gerechtfertigt, für

*) Centralbl. für med. Wissensch. 1887. No. 8.

**) Charité-Annalen 1887. S. 458.

***) Dieses Archiv Bd. XIX. Heft 2. S. 423.

bereits bekannte Gebilde, deren physiologisches Auftreten als erwiesen zu erachten ist, eine Nomenclatur zu schaffen, welche ihnen einen pathologischen Charakter verleiht.

College Oppenheim und ich sind seit längerer Zeit mit der Untersuchung von Muskeln unter den verschiedensten Verhältnissen beschäftigt; bei der Mittheilung der Resultate wird sich Gelegenheit bieten, auf die neuromuskulären Stämmchen ausführlich zurückzukommen.

Berlin, 1. Juni 1888.

Der periodische internationale Ophthalmologen-Congress.

Siebente Session Heidelberg, 9.—12. August 1888.

In einem Circular d. d. Januar 1888, unterzeichnet von Otto Becker (Heidelberg), Wilhelm Hess (Mainz), J. Stilling (Strassburg), giebt die ophthalmologische Gesellschaft (Heidelberg) allen Fachgenossen aller Länder den Wunsch kund, sie zur Feier ihres 25jährigen Bestehens in der zweiten Augustwoche dieses Jahres in Heidelberg begrüßen zu können und weist darauf hin, dass schon einmal von Heidelberg aus der internationale Congress aus dem Scheintode erweckt worden ist, erinnert auch an den Beschluss des Mailänder Congresses, dass zu dem Laudolt'schen Antrag („für die Zukunft die Sessionen des internationalen periodischen Ophthalmologen-Congresses mit denen der ophthalmologischen Section des internationalen Congresses für medicinische Wissenschaften zu vereinigen“) der internationale periodische Ophthalmologen-Congress in seiner nächsten Session Stellung nehme.

Die durch die Unterzeichneten vertretene ophthalmologische Gesellschaft giebt sich um so mehr der Hoffnung hin, es werde ihre Einladung überall eine freundliche Aufnahme finden, als der internationale periodische Congress bisher noch nicht in einer deutschen Stadt getagt hat.