

XX.

XIV. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 25. und 26. Mai 1889.



Anwesend sind die Herren:

Dr. Acker (Mosbach), Geh. Hofrath Prof. Dr. Bäumler (Freiburg), Geh. Hofrath Prof. Dr. Becker (Heidelberg), Privatdocent Dr. Bernheimer (Heidelberg), Dr. Biberbach (Hofheim), Director Dr. Binswanger (Constance), Dr. Buchholz (Heidelberg), Dr. Clerici (Mailand), Oberstabsarzt a. D. Dr. v. Corval (Baden-Baden), Dr. Cramer (Freiburg), Dr. Edinger (Frankfurt a. M.), Prof. Dr. Emminghaus (Freiburg), Geh. Hofrath Prof. Dr. Erb (Heidelberg), Dr. Franz Fischer (Illenau), Dr. Gg. Fischer (Cannstadt), Dr. Fischer (Pforzheim), Dr. Frank (Heidelberg), Dr. Frey (Baden-Baden), Dr. Friedländer (Wiesbaden), Dr. Friedmann (Mannheim), Hofrath Prof. Fürstner (Heidelberg), Dr. Goldmann (Freiburg), Prof. Dr. Goltz (Strassburg i. E.), Dr. Gottlieb (Wien), Geh. Hofrath Dr. Heiligenthal (Baden-Baden), Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Hitzig (Halle a. S.), Dr. Ad. Hoffmann (Karlsruhe), Dr. v. Hoffmann (Baden-Baden), Privatdocent Dr. S. Hoffmann (Heidelberg), Prof. Dr. Immermann (Basel), Prof. Dr. Jolly (Strassburg), Dr. Kaiser (Karlsruhe), Director Dr. Karrer (Klingenmünster), Dr. Knecht (Baden - Baden), Dr. Köppen (Strassburg), Dr. v. Korany (Budapest), Dr. Landerer (Kennenburg), Dr. Laquer (Frankfurt a. M.), Dr. Lehr (Wiesbaden-Nerenthal), Dr. Leyser (Triburg), Dr. Loeb (Strassburg i. E.), Geh. Rath Director Dr. Ludwig (Heppenheim), Dr. E. Maier (Karlsruhe), Privatdocent Dr. Minkowski (Strassburg i. E.), Privatdocent Dr. v. Monakow (Zürich), Dr. Nissl (Frankfurt a. M.), Dr. Oeffinger (Baden-Baden), Geh. Rath Prof. Dr. Pelmann (Bonn), Prof. Dr. Rieger (Würzburg), Prof. Dr. Rumpf (Marburg), San-Rath Dr. Schliep (Baden Baden), Dr. Schneider (Baden-Baden),

Dr. Schrader (Strassburg), Geh. Hofrath Dr. Schüle (Illenau), Prof. Dr. Schwalbe (Strassburg), Director Dr. Stark (Stephansfeld), Dr. Stühlinger (Heppenheim), Privatdocent Dr. Thomsen (Bonn), Prof. Dr. Weigert (Frankfurt a. M.), Dr. Windscheid (Leipzig), Dr. Wittkowski (Strassburg), Dr. Wurm (Teinach), Dr. Zacher (Stephansfeld), Dr. Zeroni (Mannheim).

Die Versammlung haben brieflich begrüsst und ihr Nichterscheinen entschuldigt, die Herren:

Prof. Dr. Berlin (Stuttgart), Prof. Dr. Binswanger (Jena), Prof. Dr. Ewald (Berlin), Prof. Dr. Forel (Zürich), Med.-Rath Dr. Hesse (Bingen), Prof. Dr. Kast (Hamburg), Prof. Dr. Manz (Freiburg), Prof. Dr. Mendel (Berlin), Dr. Moebius (Leipzig), Privatdocent Dr. Remak (Berlin), Dr. Scharfenberg (Michelstadt i. O.), Director Dr. Sioli (Frankfurt a. M.), Hofrath Dr. Stein (Frankfurt a. M.), Prof. Dr. Thomas (Freiburg), Docent Dr. Ziehen (Jena), Prof. Dr. Wille (Basel).

I. Sitzung am 25. Mai, Nachmittags 2 $\frac{1}{4}$ Uhr.

Der erste Geschäftsführer Herr Geh. Dr. Erb-Heidelberg eröffnet die Sitzung und begrüsst die anwesenden Mitglieder. Auf seinen Vorschlag wird dem Begründer der Wanderversammlung Herrn Geheimrath Dr. Ludwig der Vorsitz für die erste Sitzung übertragen.

Schriftführer: Dr. Laquer (Frankfurt a. M.);

Dr. Buchholz (Heidelberg).

Es folgen die Vorträge:

I. Prof. Dr. Goltz (Strassburg) theilt Beobachtungen mit, die er an einem Hunde machen konnte, welchem er in zwei Operationen beide Hälften des Grosshirns mit der Scheere ausgeschnitten hatte. Das Thier überlebte den letzten Eingriff volle 51 Tage und starb an einer Schluckpneumonie. An dem vorgelegten Hirnpräparat fehlt die gesammte Mantelsubstanz des Grosshirns mit Ausnahme von zwei symmetrisch gelegenen kleinen Fetzen grauer Rinde an der Basis, welche der medialen Oberfläche der Gyri hippocampi angehören. An der Basis ist ferner erhalten die zwischen dem Tractus optici und den Grosshirnstielen befindliche Hirnsubstanz. Die beiden Streifenkörper fehlen vollständig. Die Thalami optici sind an ihrer lateralen Oberfläche stark beschädigt und erweicht. Die Tractus optici sind durchgeschnitten. Oben sind die Reste der Thalami optici bedeckt durch einen missgeformten Streifen Substanz, welcher offenbar den Rest des Balkens und des Fornix darstellt. Das Ammonshorn fehlt auf beiden Seiten. Die Vierhügel sind unverletzt aber verbreitert und weich. Brücke und verlängertes Mark haben ebenfalls etwas weichere Consistenz und weniger scharfe Umrisse, als sie ein normales Hirn zeigt. Der linke Pyramidenstrang ist weit schmaler als der rechte. (Die erste links ausgeführte Operation hatte das Thier 263 Tage überlebt.) Das Kleinhirn ist unversehrt. Da sehr fraglich ist, ob die Restchen

der Gyri hippocampi mit den Stümpfen der Grosshirnstiele noch in irgend einem physiologischen Zusammenhange standen, so darf man wohl behaupten, dass der Hund, dem dieses Präparat entstammt, in den letzten 51 Tagen seines Lebens kein Grosshirn besass. Um so wichtiger ist die Thatsache, dass dieses Thier nacheiner solchen Verstümmelung noch eine Fülle von Verrichtungen zeigte, zu deren Ausführung nach Ansicht vieler Autoren bei Säugethieren das Grosshirn unentbehrlich sein soll. Schon wenige Stunden nach der letzten Operation vermochte der Hund nicht bloss zu stehen und zu gehen, sondern er richtete sich sogar auf den Hinterfüssen empor und legte dann die Vorderpfoten auf den Rand des Kastens, in welchem er sich befand. Er war zwar ausser Stande, selbstständig zu fressen oder zu saufen, vermochte aber die ihm tief ins Maul gesteckte Nahrung gut zu zerkauen. Schlafen und Wachen wechselten bei ihm wie bei einem normalen Thier. Vor der Fütterung war er regelmässig sehr unruhig. Gesättigt beruhigte er sich und schlief ein. Aus dem Schlafe konnte er durch blosse Berührung irgend einer Stelle seiner Haut geweckt werden. Er öffnete dann die vorher geschlossenen Augen und streckte sich wie ein erwachendes normales Thier. Brachte man ihm irgend eine Gliedmasse in eine unbequeme Lage, so verbesserte er diese sofort durch eine entsprechende Gegenbewegung. Je nach dem Anlass konnte er winseln, knurren, bellen und heulen. Bei der Ausleerung von Koth und Harn nahm er genau dieselbe Stellung ein wie ein normaler Hund. Auf Schalleindrücke antwortete das Thier mit keiner Bewegung. Aeusserungen des Geruchssinnes mussten schon deshalb fehlen, weil die betreffenden Nervenbahnen durchschnitten waren. — (Ein eingehenderer Bericht über diesen merkwürdigen Fall wird später in Pflüger's Archiv veröffentlicht werden.)

II. Herr Prof. Dr. Schwalbe (Strassburg) sprach über das Darwin'sche Spitzohr und die Frage, in wie weit die menschliche Ohrmuschel als ein rückgebildetes Organ anzusehen sei. Eine wahre der Ohrspitze vieler Affen und anderer Säugethiere homologe Spitze lässt sich bei menschlichen Embryonen constant im 4 bis 7. Monat im oberen Theile des hinteren Ohrrandes nachweisen. Im weiteren Verlaufe der Entwicklung können die mannigfaltigsten Variationen auftreten, die mit einer mehr oder weniger weitgehenden Einrollung des Helixrandes verbunden sind.

Mit der Einrollung des Helixrandes ist aber eine stärkere Ausbildung der Anthelixfalten verbunden, deren obere (das *Crus anthelicis superius*) erst in Folge der Helixeinrollung sich deutlich ausbildet. Es lässt sich vergleichend anatomisch nachweisen, dass dieser Einrollungsprocess einer Rückbildung des bei den Thieren wesentlichsten Theiles der Ohrmuschel entspricht, der freien Ohrfalte (entsprechend der *Cauda helices* von His), während die Hügelregion des Ohres (aufsteigende Helix, *Crus anthelicis inferius*, *Tragus*, *Antitragus*) auch beim Menschen durchaus nicht rückgebildet erscheint. Die verschiedenen Grade der Rückbildung ergeben verschiedene Ohrformen, ebenso variiren die Ohrformen dadurch, dass die Einrollung des Helixrandes an verschiedenen Stellen beginnen bzw. stärker oder schwächer sein kann. Was speciell die beim Embryo in der angegebenen Zeit constante wahre Ohrspitze

betrifft, so macht dieselbe entweder die Einrollung des Helixrandes mit oder der ihr entsprechende Theil des Ohrrandes behält die embryonale Form. In letzterem Falle hat das Ohr dann die Form des Ohres eines Pavians oder eines *Cecropithecus* oder *Macacus*. Im ersteren Falle kann die eingeklappte Ohrspitze deutlich bleiben oder unter Wulstung der benachbarten Haut schwer erkennbar oder auch ganz unkenntlich werden. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist die Spitze aber auch beim Erwachsenen deutlich nachzuweisen. Ist sie nicht mehr erkennbar, so kann man ihre Lage trotzdem noch bestimmen unter Berücksichtigung der Thatsache, dass sie etwa der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel des freien Ohrrandes entspricht. Eine dem Satyrohr entsprechende Spitze kommt an der höchsten Stelle der Ohrmuschel am Scheitel des Ohres, dann zur Ausbildung, wenn die Einrollung früher am hinteren Rande der freien Ohrfalte als am oberen erfolgt. Die Scheitel- oder Satyrspitze ist vielfach mit der wahren thierischen oder Darwin'schen Spitze der Ohrmuschel verwechselt worden. Ein Darwin'sches Spitzohr ist dem Gesagten zu Folge keine atavistische Bildung, sondern eine gewöhnliche anatomische Eigenthümlichkeit des Menschen, die nur in der kleineren Zahl der Fälle undentlich ist oder vermisst wird. Die grosse Mehrzahl der verschiedenen in der psychiatrischen Literatur als degenerirte Ohren unter der Zahl der sogen. Degenerationszeichen angeführten Ohrformen liegt innerhalb der normalen Variationsbreite der menschlichen Ohrmuschel. Der Ausdruck „degenerirte Ohren“ ist morphologisch unzulässig, denn es handelt sich bei den mannigfachen Formen nicht um eine Degeneration, eine Rückbildung, sondern im Gegentheil, die sogen. degenerirten Ohren stehen den weniger rückgebildeten Ohrformen der Affen viel näher, während umgekehrt gerade die mit stark eingerollter Helix versehenen morphologisch am weitesten rückgebildet sind. Statistische Zusammenstellungen über das Vorkommen sogen. degenerirter Ohren bei Gesunden und Geisteskranken können nur dann Werth haben, wenn 1. die verschiedenen Ohrformen auf Grundlage der vergleichenden Anatomie und Entwicklungsgeschichte classificirt sind und 2., wenn die normale Bevölkerung des Bezirks. aus dem die betr. Geisteskranken stammen, mit derselben Sorgfalt auf die verschiedenen Ohrformen statistisch untersucht ist.

Die bisherigen statistischen Untersuchungen erfüllen diese Bedingungen nicht und sind deshalb nicht beweiskräftig.

III. Prof. Dr. Fürstner (Heidelberg): Ueber Muskelveränderungen bei einfachen Psychosen “

Fürstner erinnert zunächst an die Muskelveränderungen, die bei Infections- und chronischen Krankheiten gefunden wurden, die zu beträchtlicher Abmagerung und hochgradigem Kräfteconsum führten, sodann an die von ihm zuerst beschriebenen, von Buchholz genauer studirte wachartige Degeneration bei *Delirium acutum* und verwandten Zuständen. Er lenkt darauf die Aufmerksamkeit auf ein Krankheitsbild, das als functionelle Psychose aufzufassen sei, die durch gewisse complicirende somatische Erscheinungen den Charakter einer schweren Erkrankung erhielt, daher könne man es „Hypo-

chondria gravis“ nennen. Bei schon etwas geschwächten Individuen (meist Frauen) setzt acut eine hypochondrische Verstimmung ein, zahlreiche Sensationen sich meist auf den Hals, das Abdomen, die Eingeweide beziehend, analoge hypochondrische Wahnideen, hartnäckige durch keine Mittel zu beseitigende Obstipation, meist Abstinenz, später stärkere Sensationen, Schmerzhaftigkeit aller möglichen Körpertheile, Gefühl von Schwäche in Ober- und Unterextremitäten, directe Unfähigkeit zu stehen und zu gehen. Gesteigerte Patellarreflexe, beträchtlich erhöhte Erregbarkeit der Muskeln auf mechanische Reize; später Spannungen in der Muskulatur, Neigung zu Contracturen bilden die wesentlichen Krankheitserscheinungen. Die Prognose bezeichnet F. als ungünstig, die von ihm beobachteten Fälle gingen an Lungenaffectionen zu Grunde. In einem Falle fand F. in schon bei Lebzeiten Veränderungen exstirpirten Muskelstücken Atrophie, körnige Umgestaltung des Muskelinhalts, Kernvermehrung. Post mortem wurden in den Adductoren, Recti, Biceps, Pectoralen, Daumenmuskulatur hochgradig atrophische Zustände, mit beträchtlicher Kernvermehrung, centralen Vacuolen gefunden. Da Fieber oder anderweitige somatische Affectionen nicht vorhanden, blieb als Erklärung derselben nur die Psychose und die ungenügende Ernährung. Letztere setzt aber bekanntlich keineswegs immer Muskelveränderungen, sie geht ebensowenig mit den geschilderten klinischen Erscheinungen einher. F. hält für möglich, dass die hartnäckige Obstipation mit Muskelveränderungen (Recti, Darmmuskulatur) in Verbindung steht, dass die häufigen Lungenaffectionen durch Veränderungen der Zwerchfellmuskulatur erklärt werden können. Sodann berichtet F. über Muskelveränderungen bei Paralytikern. Bei Complication mit Seitenstrangerkrankung fand sich im Biceps, Adductoren, Daumenmuskulatur, Psoas hochgradige Atrophie und auffällig starke Vacuolenbildung. Zunächst schienen im Muskel kernartige Gebilde aufzutreten, um die sich Hohlräume bildeten, durch Zusammenfließen der Vacuolen Schwund ganzer Muskelfibrillen. Ausser Atrophie und Vacuolen hochgradige Kernvermehrung central und im Perimysium. Die Muskelveränderungen fanden sich nicht bei allen Paralytikern. (Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

IV. Prof. Dr. Rumpf (Marburg): Ueber Sensibilitätsstörungen und Ataxie.

Der Vortragende bestätigt zunächst die Angaben Goldscheider's, dass durch stärkere faradische Ströme eine Herabsetzung der Sensibilität der Haut und der Gelenke hervorgerufen wird, kann sich aber mit Goldscheider nicht einverstanden erklären, dass durch diese Herabsetzung Ataxie entstehe. Im Anschluss daran, theilt R. einen Fall von beträchtlicher Parese sämtlicher Empfindungsqualitäten der Haut, sowie des Gelenkgefühls und Muskelsinns der Hände mit, der keine Spur von Ataxie bei seinen Bewegungen und bei der Schrift darbot. Schriftproben von einem Gesunden und Ataktischen mit gleicher Gefühlsstörung der Hände erläuterten dieses.

Doch zeigte sich bei dem Patienten mit der erwähnten Gefühlsherabsetzung eine Vergrößerung der Buchstaben und des Namenszuges

bei Augenschluss, jedoch ohne Ataxie, während bei gleichzeitig vorhandener Tabes mit der entsprechenden Sensibilitätsstörung mit der Grössenzunahme der Schrift auch die Ataxie zunahm.

V. Privatdocent Dr. J. Hoffmann (Heidelberg), bringt zu der von ihm als „progressive neurotische Muskelatrophie“ beschriebenen Krankheit folgenden anatomischen Beitrag:

Constatirt wurde bei dieser Krankheit:

1. von Virchow in einem Falle ascendirende Neuritis der peripheren Nerven, graue Degeneration der Hinterstränge vorwiegend der Goll'schen Stränge; nur am untern Abschnitt des Rückenmarks erreichte die Affection die grauen Hinterhörner. Die graue Substanz des Rückenmarks erwies sich als normal;

2. von Friedreich in einem Falle ebenfalls ascendirende Neuritis der peripheren Nerven Degeneration der vorderen und hinteren Wurzeln, Degeneration im Bereiche der Hinterstränge des R. M., am stärksten in den lumbalen Theilen desselben, nach oben nirgends die Goll'schen Stränge überschreitend und in diesen sich bis oben ins Halsmark fortsetzend. An den oberen Extremitäten reichte die Degeneration der Nerven nur bis zum Oberarm aufwärts; die graue Substanz des R. M. normal.

Fr. Schultze fand später in demselben R. M. ausser den schon von Friedreich constatirten Veränderungen in den Hintersträngen auch noch eine Vorderhornkrankung; „die Vorderhörner in der Lenden- und Halsanschwellung verschmälert, mit einer abnorm geringen Anzahl von Ganglienzellen versehen.“ Hoffmann unterzog nun neuerdings mit Rücksicht auf seine Publication das noch vorhandene R. M. einer erneuten Untersuchung und fand, wie die demonstirten Präparate zeigen, auffallende Schwächigkeit desselben, besonders im Lenden- und Brusttheil, im unteren Lendenmark Veränderungen, wie sie Friedreich beschrieb (das Präparat ist hier nicht intact) aufwärts eine streng auf die Goll'schen Stränge localisirte Degeneration, ferner Degeneration der multipolaren Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Lenden-, Brust- und Halsmarks (Abnahme an Zahl und Grösse, Verlust der Fortsätze etc.), am stärksten im Lendenmark; das Nervenfasernetz in den betreffenden Theilen nicht intact, aber verhältnissmässig gut erhalten; im Lendentheil sind die Vorderhörner auffallend schmal, die Clarke'schen Säulen scheinen ebenfalls nicht unversehrt zu sein, wenigstens tritt die Ganglienzellengruppe an der bekannten Stelle nicht deutlich hervor. Ein Theil der Gefässe um den Centralcanal und in der Pia mater sind hyalin entartet, die Pia mater selbst ist leicht verdickt; in den peripheren Theilen des Rückenmarks sind die Bindegewebe-septa stärker entwickelt als normal, während die weisse Substanz daselbst intact ist. H. rechnet ausserdem

3. einen Fall von Gombault und Mallet hierher, welcher vor Kurzem unter dem Titel „Un cas de tabes ayant debuté dans l'enfance“ in dem Archives de médec. experimentale I. 3 erschien. Klinisch konnte der Fall leider nicht so genau untersucht werden, als es wünschenswerth gewesen wäre. Die Muskelsinnstörung und die Coordinationsstörung waren etwas stärker aus-

gesprochen, als in den bis jetzt bekannten Fällen; im Uebrigen stimmten die Symptome völlig mit denjenigen der progressiven neurotischen Muskelatrophie überein. Dass es sich nicht um einen gewöhnlichen Fall von *Tabes dorsalis* handelte, war auch den beiden Autoren nicht entgangen, wenn sie schliesslich auch zu dieser Diagnose kamen. Bei der Obduction fand sich: einfache Atrophie der Muskeln mit interstitieller Fetteinlagerung, Degeneration der peripheren motorischen und sensiblen Nerven (Myelinschwund) die gleichen Veränderungen in den vorderen und hinteren Wurzeln mit secundärer Verdickung derselben bis zu Gänsekielstärke, Degeneration der durch die Spinalganglien durchgehenden wie der dort endigenden Nervenfasern bei Intactheit der ganglionären Elemente derselben, im Lumbaltheil des R. M. Atrophie der grauen Substanz (starke Verminderung der Ganglienzellen an Volumen und Zahl ohne eine Spur von Entzündung) mit Sklerose der Hinterstränge. im Dorsaltheil graue Degeneration der Goll'schen Stränge bei wohl erhaltenen Clarke'schen Säulen. im Halstheil weniger starke Erkrankung der Vorderhörner als am Lendentheil und Bethheiligung der Goll'schen Stränge; auch der Hypoglossuskern ist vielleicht nicht ganz normal; Verdickung der Pia mater, hyaline Entartung der Gefässwände in dieser und den degenerirten Nervenwurzeln. Die Autoren nehmen an, dass die Nervendegeneration den Gefässveränderungen und den Veränderungen des Neurilemm's vorausging; ob die Erkrankung der peripheren Nerven oder diejenige des Rückenmarks das Primäre sei, halten sie für schwer zu entscheiden; trotzdem stellen sie den Fall zum Schlusse als ein „Beispiel von locomotorischer Ataxie spinalen Ursprungs“ hin.

Hierauf weist Vortragender auf die Aehnlichkeit dieser anatomischen Befunde mit den Veränderungen im Rückenmark hin, wie sie sich nach Amputationen fanden, und hebt die Differenzen, welche zwischen denselben herrschen, hervor. Er betont dann die fast völlige Gleichheit des anatomischen Befundes in dem Falle Friedreich's und in demjenigen von Gombault und Mallet (Virchow's Fall ist noch vor dem Friedreich'schen publicirt und bezüglich des Rückenmarksbefundes wohl ebenso unvollständig, wie es der der Friedreich'sche war) und hält folgende anatomischen Verhältnisse für erwiesen: Degeneration der peripheren motorischen und sensiblen Nerven mit aufsteigendem Gang, die gleiche Erkrankung der vorderen und hinteren Wurzeln, Degeneration der Hinterstränge im Lumbaltheil, von da aufwärts nur die Goll'schen Stränge. Atrophie und Schwund der multipolaren Ganglienzellen in den Vordersäulen (wahrscheinlich auch Affection der Clarke'schen Säulen wie der grauen Substanz der Hinterhörner), Muskelveränderungen, wie er sie in seiner Publication beschrieb.

Keine der bis jetzt bekannten Nervenkrankheiten setze gleiche Veränderungen in den peripheren Nerven und im Rückenmark zugleich, wobei besonders die gemeinschaftliche Erkrankung der Vorderhörner und der Goll'schen Stränge hervorgehoben zu werden verdiene. Weder die amyotrophische Lateralsklerose, noch die verschiedenen Formen der Poliomyelitis anterior, noch die

Friedreich'sche Krankheit, noch die ependymäre Sklerose etc., noch die multiple Neuritis bewirkte solche Veränderungen. Von der Tabes dorsalis unterschieden sich die Befunde allein schon durch das Freibleiben der Burdach'schen Stränge von dem Lumbalmark aufwärts. Damit glaubt H. nachgewiesen zu haben, dass die progressive neurotische Muskelatrophie sich nicht allein klinisch — nach einem Falle Eulenburg's zu schliessen, kann die Krankheit auch einmal in den Händen beginnen — sondern auch anatomisch von den bis jetzt bekannten Nervenkrankheiten scharf genug unterscheide, um sie von denselben abzutrennen und ihr eine eigene Stellung einzuräumen. Streittig bleibe nach wie vor, ob die Affection im Rückenmark oder in den peripheren Nerven beginne; dafür gelten nach wie vor die in seiner Arbeit gemachten theoretischen Betrachtungen, wenn auch durch die besprochenen Rückenmarksveränderungen dessen Erkrankung thatsächlich erwiesen ist. Wenn man die Untersuchung der peripheren Nerven durch Friedreich als völlig genügend ansehen wolle, so dürfte der Umstand, dass dieser Autor in den Nerven der oberen Extremität Degeneration nur bis zum Oberarm aufwärts verfolgen konnte, während Schultze und Vortragender die Vorderhörner im Halsmark erkrankt fanden, mehr für den centralen Ursprung verwerthet werden.

VI. Dr. Buchholz (Heidelberg): Ueber Veränderungen an den Gefässen der Hirnbasis.

B. berichtet über seine Untersuchungen der Gefässe der Hirnbasis, und zwar wurden von B. die Basilararterien und Carotiden nebst einer Anzahl feinerer seitlicher Aeste der Untersuchung unterworfen. Im ganzen liegen die Befunde von 31 Fällen vor. Dieselben gruppieren sich klinisch derartig, dass es sich in 19 Fällen um typische Dementia paralytica, in 3 um Lues cerebri, in 2 Fällen um Hirntumoren, in 4 um senile Psychosen und in 3 weiteren Fällen um functionelle Erkrankungen des Centralnervensystems (2 hallucinatorische Verworrenheit, 1 hypochondrische Paranoia) handelte. Was das Lebensalter anbetrifft, so standen von den 19 Paralytikern bei ihrem Tode 1 im 28 Lebensjahre, 10 waren zwischen 30 und 40 Jahre alt, die übrigen 8 40—46. Von diesen Paralytikern waren 4 sicher specifisch infectirt gewesen, bei 4 anderen war wahrscheinlich eineluetische Infection der finalen Erkrankung vorangegangen.

Die 3 an Lues cerebri verstorbenen Patienten waren 35, 50 und 52 Jahre alt.

Von den 4 an senilen Psychosen verstorbenen war der jüngste 51, der älteste 66 Jahre alt. Von den an Hirntumoren zu Grunde gegangenen stand der eine bei seinem Tode im 29., der andere in seinem 35. Lebensjahre. Von den im Verlaufe von functionellen Psychosen verstorbenen waren 2 28, die dritte 47 Jahre alt.

Luetisch ist von den letzten 9 Kranken keiner infectirt gewesen.

In den Sectionsprotokollen waren in 14 Fällen keine Notizen über die Beschaffenheit der Gefässe aufzufinden, so dass der Schluss berechtigt erscheinen musste, dass makroskopische Veränderungen nicht wahrzunehmen waren.

In 2 Fällen ist extra betont, dass speciell die Gefässe an der Hirnbasis von Veränderungen frei gewesen seien.

In den übrigen 15 Fällen sind Veränderungen an der Aorta erwähnt: „Fettflecken. fibröse Verdickung der Intima, beetartige Prominenzen mit Verfettung im Innern. Atheromherde. In 4 von diesen Fällen wird aber speciell angegeben, dass die Gefässe der Hirnbasis unverändert, dünn und zartwandig gewesen seien; und zwar findet sich diese Notiz auch bei einem 64jährigen senil Dementen. In 3 von diesen eben genannten 15 Fällen sind Veränderungen an den Gefässen der Hirnbasis notirt (Verdickungen, gelbliche Flecken, Atherom mit Kalkablagerung). In 8 weiteren Fällen lagen keine Angaben über etwaige Veränderungen an den Gefässen der Hirnbasis vor.

Notizen, die sich auf Residuen von überstandener Lues beziehen liessen, fanden sich nur in einem einzigen Falle; bei einem Paralytiker wird eine Narbe am oberen Rande der Glans erwähnt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab einen absolut normalen Befund an den Gefässen von den 3 an functionellen Psychosen Verstorbenen, obgleich die älteste von ihnen bereits 47 Jahre bei ihrem Tode zählte. Ebenso waren die Gefässe bei jenem 22jährigen an Hirntumor leidenden Kranken und einer paralytischen nicht syphilitischen Frau von 39 Jahren normal.

In 3 weiteren Fällen (1 Tumor cerebri und 2 von Lues freien Paralytikern im Alter von 33 und 36 Jahren) fanden sich vereinzelte, minimale endarteriitische Veränderungen.

Bei den übrigen 24 Fällen zeigten sich eine Reihe von erheblichen Veränderungen und zwar in 2 — einer 66jährigen senil dementen Frau und einem 47jährigen Paralytiker — vorgeschrittene Atheromatose. Bei einem dritten an Lues cerebri verstorbenen 52jährigen Patienten fanden sich gleichfalls in den im Ganzen nicht einmal sehr erheblichen endarteriitischen Auflagerungen fettige und hyaline Degeneration.

Keine derartig weit vorgeschrittenen aber immerhin doch häufig noch recht erhebliche Veränderungen wiesen die anderen 21 Fälle auf. Es handelte sich hier einmal um die einfache chronische Endarteritis, das anderemal um Processe, die mehr jenen von Heubner beschriebenen Veränderungen entsprechen. In jenen liessen sich bald geringere, bald stärkere, bald mehr derbe, bald mehr lockere, neugebildete Gewebsmassen mit grösserem oder geringerem Kernreichthum zwischen der ursprünglichen Elastica und der dem Lumen des Gefässes zugewendeten Endothelschicht nachweisen. In diesen war das Lumen des Gefässes bald mehr bald minder durch neugebildete Massen eingeengt, die sich beinahe nur aus dicht an einander gelagerten Zellen mit höchstens minimaler Zwischensubstanz zusammensetzten.

Die Muscularis zeigte nirgends nennenswerthe Veränderungen, Infiltrationen mit Rundzellen oder dergleichen, nur an einzelnen Gefässen erschien sie an Stellen, an denen die Intima besonders stark verdickt war, etwas verdünnt. Die Adventitia war gleichfalls in beinahe sämtlichen Fällen normal, jedenfalls konnten nirgends in ihr den gummösen Bildungen entsprechende Herde, wie sie von Baumgarten als charakteristisch für die syphilitische

Arterienerkrankung hingestellt worden sind, aufgefunden werden. Allerdings wies die Adventitia in einer Reihe von Fällen, und zwar im Allgemeinen wohl entsprechend dem grösseren oder geringeren Kernreichthum der Intima einen grösseren Kernreichthum und kleinzellige Infiltration auf, doch dürfte bei der Beurtheilung dieses Befundes dem Umstand Rechnung zu tragen sein, dass die Arterien sich innerhalb eines chronisch entzündlichen Gewebes verzweigten. Ein wesentlicher Unterschied konnte jedenfalls, um dies hier gleich vorweg zu nehmen, zwischen den Befunden an den Gefässen von Syphilitischen und Nichtsyphilitischen nicht wahrgenommen werden.

Die oben an zweiter Stelle genannte, der Heubner'schen Degeneration entsprechende obliterirende Endarteriitis konnte an den Gefässen von 6 Patienten nachgewiesen und zwar bei 2 senil Dementen von 51 und 62 Jahren und 4 Paralytikern, von welchen letzteren 2 sicher und 1 wahrscheinlichluetisch infectirt waren. Der letztere war 42, die beiden ersten 37 und 39 Jahre bei ihrem Tode alt. Der nicht syphilitische Paralytiker stand bei seinem Tode im 35. Lebensjahre.

Jene andere chronische Endarteriitis fand sich in den übrigen 15 Fällen und zwar war dieselbe nur ganz gering in 12 Fällen, von denen 10 auf Paralytiker entfielen, von welchen 5 nicht, 3 wahrscheinlich und 2 sicher an Lues gelitten hatten. In den letzten 3 Fällen handelte es sich um 2 an Lues crebra und einen im Verlaufe einer senilen Demenz verstorbenen Kranken.

Rückschlüsse auf vorausgegangene Lues aus dem Befunde an den Gefässen allein dürften demnach nicht berechtigt erscheinen. Auffallend und interessant ist es jedoch, dass sich gerade bei Patienten mit organischen Hirnerkrankungen so vielfach bereits in verhältnissmässig frühem Alter relativ starke Veränderungen an den Gefässen finden.

VII. Professor Hitzig (Halle): Ueber spinale Dystrophien.

Der Vortragende berichtet unter Demonstration von Präparaten und Abbildungen über den anatomischen Befund bei einer im 25 Lebensjahre verstorbenen Kinderlähmung. Die Muskelreste bestanden zum Theil aus Bündeln von ganz exquisit hypertrophischen, mehrfach auch vacuolisirten Fasern. Nachdem hierdurch und durch einige andere neuerdings bekannt gewordene Fälle das Vorkommen solcher Fasern bei wohlcharakterisirten Rückenmarkskrankheiten festgestellt, muss auch der von dem Vortragenden im vorigen Jahre in der Berliner klinischen Wochenschrift publicirte Fall Ack . . . bei dem die Untersuchung excidirter Muskelstücke die gewaltigste Hypertrophie und Vacuolisirung der Fasern ergab, und der sich klinisch ohnehin als eine chronische Poliomyelitis anterior charakterisirt hatte, zu den spinalen Formen gerechnet werden. Unter diesen Umständen können derartige Dystrophien nicht mehr als charakteristisch für primär myopathische Krankheitszustände angesehen werden. Vielmehr wird man zu der Annahme gedrängt, dass diese Zustände sämmtlich einen centralen Ursprung besitzen und dass es — angesichts des negativen Rückenmarksbefundes bei den meisten einschlägigen Sectionen — ebensowohl trophische Störungen functionellen Charakters in den Centralorganen geben mag, wie es solche auf so

vielen anderen Gebieten der Neuropathologie thatsächlich giebt. (Der Vortrag wird in der Berliner klinischen Wochenschrift in extenso erscheinen.)

Discussion: Prof. Erb sieht in den Mittheilungen des Vortragenden eine ihm sehr erfreuliche Bestätigung seiner theoretischen Anschauung über Dystrophie und warnt nochmals davor, derartige Erkrankungen immer als reine Myopathien anzusehen. Daraus, dass die pathologisch-anatomische Untersuchung keine Veränderungen in dem Centralnervensystem nachweisen könne, dürfe nicht gefolgert werden, dass derartige Erkrankungen nicht doch spinalen Ursprungs seien. Der negative Befund sei hier nicht beweisend, da unsere anatomischen Untersuchungsmethoden uns zur Zeit nicht die Gewähr geben, dass wir nicht Veränderungen übersehen. Die spinalen Formen der Muskelatrophien dürfen von den myopathischen nicht zu scharf getrennt werden. Vor Allem müsse man klinisch die reinen Dystrophien von den spinalen Erkrankungen scheiden; es sei aber immerhin wohl möglich, dass beiden Erkrankungen Veränderungen innerhalb trophischer Apparate zu Grunde liegen.

Schultze schliesst sich den Ausführungen Erb's an, auch er ist der Meinung, dass die pathologische Anatomie bisher nicht weit genug vorgeritten sei, um die Frage des spinalen und nicht spinalen Ursprungs einer Muskelatrophie mit Sicherheit zu entscheiden.

Erb fragt an, ob der Votr. in seinen Präparaten auch Spaltbildungen innerhalb der Muskelfasern beobachtet habe, was von Hitzig bejaht wird.

II. Sitzung: Sonntag den 26. Mai 1889, Vormittags 9¹/₄ Uhr.

Vorsitzender: Prof. Rumpf (Marburg). Auf seinen Vorschlag wird nach Erledigung einiger anderer geschäftlicher Angelegenheiten wiederum Baden-Baden zum Versammlungsort für das nächste Jahr erwählt. Zu Geschäftsführern wurden Geh. Hofrath Schüle (Illenau) und Dr. Franz Fischer (Illenau) berufen.

VIII Prof. Weigert (Frankfurt a. M.) zeigt nach einer neuen Methode gefärbte Präparate, in welchen die Neurogliafasern distinct blau, Kerne roth, Zellen röthlich, Axencylinder ungefärbt sind.

IX. Dr. C. v. Monakow (Zürich) demonstriert folgende makroskopische pathologisch-anatomische Hirnpräparate.

1. Gehirn eines Hundes, welchem am Tage der Geburt links die Hinterhauptlappen vollständig und der Schläfenlappen partiell abgetragen worden war. Tod nach 8 Wochen. Corp. gen. ext. Pulvinar und Corp. gen. intern. links hochgradig atrophisch. Linker Tract. optic. bis zum Chiasma hinsichtlich des Volumens beträchtlich reducirt. Beide Nn. optici schmal.

2. Gehirn eines Hundes, welchem 3 Tage nach der Geburt der grösste Theil der Grosshirnhemisphäre entfernt wurde; es blieben ausser dem Frontalende und den Riechlappen nur Reste des Gyr. sigmoid., des Gyr. fornicat. und des Schläfenlappens zurück. Innere Capsel war vollständig durchtrennt. Tod nach 8¹/₂ Monaten. Operationserfolg (makroskopisch): Hochgradige Schrum-

pfung des Thalam. optice. des Corp. gen. ext. und des Corp. gen. int. rechts; deutliche Abflachung des rechten vorderen Zweihügels und Reduction des rechten Corp. mamillar. Rechte Pyramide spurlos verschwunden. Rechte Brücke stark abgeflacht. Rechter Tract. opticus bis zum Chiasma um mindestens die Hälfte dünner als der linke. Beide Nn. optici klein, aber makroskopisch nicht wesentlich von einander verschieden. Die Gegend der Goll'schen und der Burdach'schen Kerne links deutlich eingesunken. Balken auffallend dünn. Die Kleinhirnhemisphären vollständig gleich, von normaler Ausdehnung, doch hatte sich die rechte Kleinhirnhälfte ganz beträchtlich in den Raum des fehlenden Hirnhautlappens hineingeschoben.

3. Menschliches Gehirn mit einem ausgedehnten alten Erweichungsherde im linken Hinterhauptlappen, stammend von einem 68jährigen an Hemianopsie und Alexie leidenden Maler. Die Marksubstanz im Gebiete des Gyr. angularis, der ersten Occipitalwindung und in den caudal-dorsalen Partien des Præcuneus meist zerstört und resorbiert, so dass eine umfangreiche Cyste mit derben Rändern bestand, doch reichte die Erweichung nirgends bis zum sagittalen Mark. Hinterhorn hochgradig erweitert. Cuneus und die zweite und dritte Occipitalwindung waren intact, desgleichen der ventrale Abschnitt der Gratiolet'schen Stränge; auch die Rinde des Gyr. ang. makroskopisch fast überall von normalem Aussehen. Secundäre Degeneration im dorsalen Abschnitt der linken Gratiolet'schen Stränge bis zum lateralen Mark des Pulvinar. Beträchtliche secundäre Reduction des linken Pulvinar. und Corp. gen. ext., Atrophie des Arms des vorderen Zweihügels und besonders der hinteren Abschnitte des linken Tract. optice. Der rechte N. optice. ebenso umfangreich wie der linke, jedoch im medialen Theil etwas grau.

4. Gehirn einer ca. 28jährigen Idiotin, die im zweiten Lebensjahre eine Embolie der linken Art. Fossae Sylvii erlitten hatte. Erste linke Temporaliswindung fehlt, die unteren Abschnitte des linken Parietalhirns beträchtlich geschrumpft, besonders mit Rücksicht auf die Marksubstanz. Seitenventrikel hochgradig erweitert. Secundäre Atrophien: linke Pyramide auffallend schmal. Mittlerer Kern des linken Thal. opt. und das Tub. ant. ganz beträchtlich reducirt, während das Pulvinar. und das Corp. gen. ext. entsprechend der ziemlich normalen Bildung des Occipitallappens annähernd dieselbe Ausdehnung wie auf der rechten Seite zeigen. Das linke Corpus geniculatum intern. ist nahezu völlig resorbiert, es findet sich von demselben eine nur schwache Andeutung. Corpora striata beiderseits normal.

Der Vortragende hebt im Anschluss an diese Demonstration mit Nachdruck hervor, dass die von ihm nachgewiesenen engen Beziehungen zwischen gewissen Partien des Grosshirns und den zugehörigen Abschnitten im Gebiete des Zwischenhirns nicht nur bei niederen Thieren (Kaninchen), sondern auch bei Hund und Mensch durch die secundäre Degeneration nach Hirnoberflächendefekten zum Ausdruck kommen. Ganz neu ist, d. h. bisher nicht beschrieben, die hochgradige Schrumpfung des Corp. gen. int. im Anschluss an den Defekt im linken Temporallappen des Idiotengehirns; dieser Befund deckt sich voll-

ständig mit dem Operationserfolg des Vortragenden bei Kaninchen*) und Katze**), denen das Temporalhirn einseitig abgetragen worden war. Die sub 1—3 angeführten Gehirne bestätigen unter Anderen neuerdings wieder die vom Vortragenden aufgestellte Lehre***), dass die primären Opticuscentren bei Defekten des Hirnhautlappens nothwendig secundär verkümmern müssen und dass bei dieser secundären Entartung auch der Tract. opt. der defekten Seite allmählig (bei Erwachsenen erst im Verlauf von Jahren) Theil nimmt.

X. Prof. Schultze (Bonn) macht zuerst eine kurze Mittheilung über einen Fall von vorgeschrittener Tabes dorsalis, bei welchem die Kaumusculatur der linken Seite. insbesondere der M. masseter und temporal. völlig gelähmt und atrophisch waren. Im Gebie des linken N. trigemin. bestand ausserdem theilweise Anaesthesia. Die elektrische Erregbarkeit war gegenüber beiden Stromesarten erloschen. Es war also der in der Literatur, wie es scheint, noch nicht erwähnte Befund erhoben worden, dass ausser den „Systemen“ der Augenmuskelnerven und dem „Systeme“ des Hypoglossus und des Facialis (Fournier) auch das motorische System des Trigemini nebst partieller Betheiligung des sensiblen Systemes desselben bei der Tabes erkranken kann.

Nach Analogie der für den Hypoglossus gemachten anatomischen Befunde und einer nur anatomisch nachgewiesenen Betheiligung des motorischen Kernes des Trigemini in einem Falle von Tabes (v. Raymond et Artaud) ist wohl anzunehmen, dass eine Atrophie des motorischen Trigeminskernes neben der peripheren Degeneration der zugehörigen Fasern vorliegt.

Schultze berichtet ferner über zwei Fälle von Akromegalie, welche er in den letzten Monaten beobachtete. Bei dem ersten Kranken, bei welchem der Kopf nicht in deutlicher Weise an der Veränderung sich mittheilte, war ausserdem eine Arthritis deformans besonders an den Handgelenken und ein Oedem beider Unterschenkel vorhanden, so dass die Diagnose einigermassen erschwert wurde. Indessen ergab sich, dass schon vor der Gelenkerkrankung bei dem älteren Manne eine abnorme Grösse der Hände und Füsse vorhanden gewesen war.

Viel interessanter war der zweite Fall. Er betraf einen zur Zeit 30-jährigen Mann, bei welchem besonders der Kopf die charakteristischen Eigenthümlichkeiten der Krankheit in ganz hervorragendem Maasse zeigte. Der horizontale Umfang desselben über den deutlich hervorragenden Stirnhöckern betrug 670 Millimeter, also noch mehr als das Maximalmass, welches Virchow in seinem vor einiger Zeit beschriebenen Falle vorfand (665 Mm.). Das ganze Kopfskelet ist vergrössert, das Kinn stark verlängert und vorstehend, die Ohren lang, die Zunge abnorm breit und dick und die Mandeln von gewaltiger Grösse.

Auch der Thorax sehr breit, Clavikel und Rippe zum Theil stark ver-

*) Dieses Archiv Bd. XII., 3.

**) Neurolog. Centralblatt 1885.

***) Dieses Archiv Bd. XII., XIV., XVI. und XX.

dickt. Körpergewicht 230 Pfd. bei nicht übermässigem, wenn auch gut entwickeltem Pannicul. adipos.

Die Hände und Füße sind in der oft geschilderten Weise verändert, ohne Spur von Gelenkentzündungen. Auch die Weichtheile, besonders der grossen Zehe mitbetheiligt; der Umfang des Endgliedes derselben beträgt $12\frac{1}{2}$ Ctm.

Die Schilddrüse ist nicht deutlich durchzufühlen; jedenfalls nicht vergrössert; über dem Manubrium sterni eine schwache aber deutliche Dämpfung.

Besonders bemerkenswerth ist aber erstens, dass die Krankheit vor etwa 10 Jahren mit Sehstörungen begann, die sich vor 5 Jahren zu vollständiger temporaler Hemianopsie ausbildete (Prof. Saemisch). Zur Zeit ist das eine Auge völlig erblindet, und auch die Sehkraft des anderen innerhalb des verbliebenen Gesichtsfeldabschnittes stark herabgesetzt. Offenbar ist die Hemianopsie auf einen Tumor der Hypophysis zu beziehen.

Zweitens ist sehr auffallend, dass der Kranke von Kindheit an eine grosse Menge derber, meistens semmelförmiger Keloide auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten zeigt. Die Zunahme des Kopfumfanges ist besonders in den letzten Jahren beobachtet worden.

Schliesslich folgen einige Bemerkungen von Schultze über die sogen. „traumatische Neurose“.

Es wird zunächst die Befürchtung ausgesprochen, dass die Bequemlichkeit dieser Bezeichnung leicht dazu verführen kann, gelegentlich organische Störungen zu übersehen. Der Vortragende selbst beobachtete einmal das ausgesprochene Bild einer Brown-Séguard'schen Halbseitenläsion, bei welcher noch nebenher dauerndes starkes Zittern bestand. bei einem Manne, dem ein schwerer Sack auf den Rücken gefallen war.

Selbstverständlich kommen auch hypochondrische und melancholische Zustände nach solchen Verletzungen vor, die jedenfalls ohne gröbere anatomische Veränderungen einhergehen. Nur möchte der Vortragende darauf aufmerksam machen, dass der Zustand der Gewissensangst bei Simulanten ganz ähnliche Erscheinungen vortäuschen könne. Ob die Einengung des Gesichtsfeldes, dessen Untersuchung bei ungebildeten und unaufmerksamen Kranken seine grossen Schwierigkeiten hat, ein sicheres Unterscheidungsmerkmal bildet, steht noch dahin; auch die oft so schwankenden Angaben über Sensibilitätsstörungen seitens des Kranken bedürfen der genauesten und oft wiederholten Controle, um Unaufmerksamkeit, absichtliche Täuschung und wirkliche Veränderungen zu unterscheiden.

Am wenigsten kann sich der Vortragende mit dem Ausdrucke der „lokalen traumatischen Neurose“ befreunden; es handelt sich doch auch bei dieser Form der Erkrankung, wenn nicht Simulation vorhanden ist, um eine Psychose und zwar in der Regel um dasjenige, was man früher Hypochondrie nannte, nicht aber um eine functionelle Alteration irgend welcher peripherer Nerven, zu welcher Annahme dieser Namen leicht verleiten könnte. In derartigen Fällen ist die Unterscheidung von Simulation vielfach durchaus keine leichte; selbst die Erhöhung der Sehnenreflexe ist kein eindeutiges

Symptom. Auch auf die lokalen Anaesthesien und Hyperaesthesien kann für die Unterscheidung von Simulation keineswegs immer ein entscheidendes Gewicht gelegt werden, da Jemand, der simuliert und täuschen will, sobald eine Sensibilitätsuntersuchung überhaupt vorgenommen wird, glaubt, ein abnormes Verhalten derselben loco laesionis angeben zu müssen, damit er nicht etwa für gesund gehalten werde. Wenn der Arzt annähme, in Bezug auf die Sensibilität sei alles normal, so würde er natürlich nach der Auffassung eines solchen Simulanten überhaupt nicht in solcher Weise untersuchen. Auf einzelne Erfahrungen und Prüfungsmethoden nach dieser Hinsicht kann hier nicht eingegangen werden; es bleibt das einer ausführlicheren Erörterung vorbehalten.

Discussion: Edinger beklagt sich, dass der Arzt gezwungen sei in den Schiedsgerichten über derartige Erkrankungen öffentlich sich zu äussern, wodurch die beste Gelegenheit gegeben sei, dass das Publikum sich orientiere und gegebenen Falls derartige Lehren und Beobachtungen zum Zwecke der Simulation verwende.

Hitzig erkennt die eben genannten Misstände an, betont jedoch, dass er bisher in Halle immer nur schriftliche Gutachten abzugeben gehabt habe. Die totale Simulation komme nach seiner Erfahrung nur selten vor. Das Symptom der Gesichtsfeldeinschränkung käme für ihn viel weniger als für einige andere Autoren in Betracht, weil grössere Schwankungen in normaler Breite oft zur Beobachtung kämen. Viel wichtiger erscheine ihm die Alteration der Herzaction, doch müsse man, um diese zu prüfen, die der Untersuchung unterliegenden Personen längere Zeit hindurch beobachten, um eine etwaige Beschleunigung der Herzaction durch psychische Erregung bei der Untersuchung ausschliessen zu können.

Auch Bäumler ist der Meinung, dass man mit Vorsicht an derartige Untersuchungen herangehen müsse, da einmal Simulation nicht selten sei, dann aber auch die Umgebung derartiger Personen durch unwürdige Beeinflussung nicht selten den Hang zur Uebertreibung der berechtigten Klagen nähere, wofür B. mehrere Beispiele aus seiner Praxis anführt. Zum Schluss fragt B. an, Leukopathien, die er in einem Falle nach Trauma habe auftreten sehen, ob auch sonst zur Beobachtung gekommen seien.

Fürstner spricht sich dahin aus, dass seiner Meinung nach viel mehr simuliert werde, als im Allgemeinen angenommen wird, und erwähnt als Beispiel einen Fall, indem ein Postbeamter sogar Dementia paralytica zu simulieren vermochte. Auch das Symptom des Herzklopfens sei nicht objectiv genug, da die Pulsbeschleunigung eben nicht selten nur durch die psychische Erregung bei der Untersuchung bedingt sei.

Auch Rumpf warnt davor, der Beschleunigung und Verstärkung der Herzaction zu viel Bedeutung beizulegen. Er erinnert daran, dass Mannkopf durch Druck auf neuralgische Stellen Pulsbeschleunigung hervorgerufen habe. Für ihn sei besonders wichtig das Auftreten fibrillärer Zuckungen innerhalb der Musculatur. Vor Allem aber empfiehlt er bei derartigen Untersuchungen die energische Anwendung der electrocutanen Prüfung mit sehr starken faradischen Strömen.

Thomsen glaubt nicht, dass die Simulation so sehr häufig sei. Er wäre gerade in der sehr günstigen Lage gewesen, eine Reihe von Leuten zu untersuchen, die niemals Entschädigungsansprüche erhoben und so auch gar keine Veranlassung zur Simulation gehabt hätten. Der Gesichtsfeldeinschränkung müsse er nach seiner Erfahrung eine grosse Bedeutung beilegen. Für die traumatischen Neurosen, die ja eine gewisse Ähnlichkeit mit der Hysterie hätten, sei eine erhebliche Gesichtsfeldeinschränkung charakteristisch. Geringe Einschränkung des Gesichtsfeldes, die event. durch Untersuchungsfehler herbeigeführt sein dürfte, könnte freilich nicht in Betracht kommen.

Was den Namen locale traumatische Neurose anbelangt, so halte auch er ihn für verfehlt; es handle sich hier immer um eine allgemeine Neuropsychose.

Jolly wendet sich überhaupt gegen den Namen „traumatische Neurose“. Viele mit diesem Namen belegte Erkrankungen seien Hysterie, andere Hypochondrie oder Melancholie. Er möchte vorschlagen den Begriff der traumatischen Neurosen ganz fallen zu lassen und derartige Erkrankungen durch Trauma entstandene Hysterie etc. zu nennen.

XI. Dr. v. Corval (Baden): Zur Suggestiv-Therapie.

Nach Mittheilung einer grösseren Anzahl von eigenen Beobachtungen über die mehr weniger günstige Wirkung der Suggestiv-Therapie bei verschiedenen krankhaften Zuständen wirft Corval die Frage auf, ob wir heute schon berechtigt seien, diese Heilmethode allgemein anzuwenden. Die der Suggestion nachgesagten Gefahren lässt er nur für die Experimente gelten, während er behauptet, dass jene Fälle, wo durch dieselbe zu rein therapeutischen Zwecken mit der nöthigen Vorsicht angewendet, wirklich Schaden gestiftet worden sei, zu zählen, zudem auch keineswegs einwandfrei seien (z. B. die von Binswanger angeführten).

Wir scheuten uns doch durchaus nicht Chloroform anzuwenden, trotzdem gelegentlich ein Todesfall vorkäme, machten Morphiumeinspritzungen in ungezählter Menge, trotz der drohenden Gefahr der Gewöhnung, verwendeten Cocain, Salicyl, Antifibrin u. s. f. trotz der vielfach gemeldeten ernststen Gesundheitsschädigungen.

Die therapeutischen Erfolge liessen sich gleichfalls nicht mehr leugnen, und so seien wir heute jedenfalls mindestens in der Lage zu sagen, dass die Suggestiv-Behandlung dort völlig berechtigt sei, wo andere Mittel im Stiche gelassen hätten, zuweilen sogar vorzuziehen sei, bei Zuständen wo sie sich häufig ebenso wirksam aber zugleich ungefährlicher erweise, wie andere Mittel, z. B. an Stelle der Morphiumeinspritzungen bei hartnäckigen Neuralgien.

Als besonders geeignet bezeichnet Corval im Einklange mit den meisten anderen Beobachtern die functionellen Neurosen im Allgemeinen, ist aber überzeugt, dass sich das Gebiet der Wirksamkeit durch fortgesetzte Beobachtungen noch erheblich erweitern werde.

Als wenig geeignet erscheinen ihm Hysterische und Neurastheniker mit schwerer psychischer Depression zur Vornahme therapeutischer Versuche,

trotzdem bei den Ersteren zuweilen geradezu zauberhafte Wirkungen beobachtet werden. Zum Schlusse fasst er seine Ansicht über Suggestiv-Therapie in folgende Sätze zusammen:

1. Wir besitzen in der Suggestiv-Therapie ein Heilverfahren, welches sich in vielen Fällen theils palliativ, theils wirklich radical nützlich erweist.

2. Bei richtiger Auswahl der Fälle und vorsichtigem Vorgehen, mit Vermeidung aller Experimente und vor allen Dingen jeder unnöthigen, ja schädlichen Suggestion, laufen wir in keiner Weise Gefahr, Schaden zu stiften, zum Mindesten nicht mehr wie bei einer ganzen Reihe anderer, vielfach verwandter Mittel.

Da die Sache noch zu neu ist, die Indicationen und Contraindicationen noch nicht mit völliger Sicherheit festzustellen sind, so empfiehlt es sich, im Allgemeinen zunächst nur dort von dem Suggestiv-Verfahren Gebrauch zu machen, wo die sonst üblichen Mittel im Stiche gelassen haben. Von dieser Regel sollen wir nur abgehen, wo wir jetzt schon mit Bestimmtheit sagen können, dass die Suggestion weniger bedenklich sei, als andere gebräuchliche Mittel. Z. B. statt der Morphinumjection bei hartnäckiger Neuralgie, statt des Chloroform, wo wir Anästhesie zu erzeugen im Stande sind u. s. f.

4. Es ist höchst wünschenswerth, dass die Suggestiv-Therapie in gleich ernster Weise studirt werde, wie das bei anderen Heilverfahren der Brauch ist. Das Studium aber sollte sich nicht mehr wie seither zum grössten Theile auf das Hervorbringen mehr weniger interessanter Erscheinungen beschränken, sondern vorwiegend und in erster Reihe festzustellen suchen, in welchen Fällen eine therapeutische Wirkung mit einiger Zuversicht zu erwarten, in welchen von den Verfahren abzustehen sei.

Um jedoch reine brauchbare Beobachtungen zu erhalten, sollte man hier, wo es sich um eine Wirkung vermittelt der Psyche handelt, die bezüglichen Versuche nur in der Weise anstellen, dass die Versuchsperson weder eingeschüchtert und aufgeregt, noch zu Schaustellungen ermuntert werde, d. h. also nicht zum Zweck der Demonstration in einem Hör- oder Krankensaale, sondern in besonderem Zimmer vor 1 oder höchstens 2 Zeugen.

5. Bei solchem Vorgehen, bei eifrigem gemeinschaftlichem Bemühen der Kliniker und der praktischen Aerzte zu dem angedeuteten rein praktischen Zwecke, bei Vermeiden sogenannter interessanter Experimente werden wir bald sicheren Boden haben, und wird sich die Suggestiv-Therapie nicht nur dem Heilschatze einfügen, sondern zum Gemeingute aller Aerzte werden.

6. Damit wird aber auch der unbefugten Anwendung dieses so wichtig und wirksamen Verfahrens ein Riegel vorgeschoben sein, sobald sich der absichtlich verbreitete Nimbus des Wunderbaren gefallen sein wird.

7. Zugleich wird es sich auch als unabweislich herausstellen, dass die Anwendung eines so wirksamen Heilverfahrens vermittelt gesetzlicher Bestimmungen nur dem Arzte gestattet werde; das Verbot öffentlicher Schaustellungen genügt in keiner Weise, um dem mit der Hypnose und Suggestion getriebenen Missbrauche zu steuern.

XII. Dr. Edinger (Frankfurt a. M.) zeigt Schnitte durch ein Gehirn,

das einen rein auf den hinteren Theil des Thalamus opticus beschränkten Herd aufweist. Sicher ist die innere Kapsel verschont. Das Nähere und namentlich der klinische Verlauf dieses für die Symptomatologie der Thalamuserkrankungen wichtigen Falles soll später veröffentlicht werden.

XIII. Docent Dr. St. Bernheimer (Heidelberg) bespricht seinen embryologisch-anatomischen Nachweis der ungekreuzten Nervenfasern im Chiasma nerv. opt. des Menschen und demonstriert beweisende Präparate, herrührend von einem Chiasma des Menschen mit Atrophie des einen Sehnerven.

Die Präparate sind nach Weigert's Methode gefärbt und sind an denselben mit Leichtigkeit neben den gekreuzten auch die ungekreuzten, vollständig und unvollständig atrophischen Nervenfasern zu erkennen.

Die ausführliche Arbeit: Ueber die Entwicklung und den Verlauf der Markfasern im Chiasma nervorum opt. des Menschen erscheint in Kapp-Schweigger's Archiv für Augenheilkunde XX., Heft 2.

XIV. Witkowski: Ueber die Wirkung der Opiate auf den Darmcanal.

Redner, der eigentlich über die Frage der Identität des natürlichen und künstlichen Schlafes im Allgemeinen hatte sprechen und neben anderen Eigenthümlichkeiten des letzteren auch die oben erwähnte Wirkung berühren wollen, beschränkt sich der Kürze der Zeit halber auf diesen Gegenstand, über welchen er seit 1877, dem Jahre seines ersten Aufsatzes über die Morphinwirkung, sehr zahlreiche und mannigfache Versuche angestellt und dabei u. A. vielfach die Bram-Houchgeest'sche Methode der Baucheröffnung im blutwarmen Bade von physiologischer Kochsalzlösung benutzt hat. Diese Versuchsanordnung, wobei die Därme in Ruhe verharren und lange Zeit reizbar bleiben, ist dann auch von Nothnagel und zwar, wie es scheint, ausschliesslich bei seinen in Virchow's Archiv veröffentlichten Untersuchungen angewendet worden. R. fand dabei, dass direct auf den Darm applicirte Natronsalzkrystalle eine fortlaufende Contractionswelle, Kalisalze nur einen localen Contractionsring herbeiführen und dass Morphiumeinspritzung in kleineren Gaben erstere Wirkung auf die letztere reduciren, in grossen dagegen, sogar häufig in noch weit bis an die Dickdarmgrenze fortgesetzt, vergrössertem Maassstabe wieder erzeugen lasse. Er schloss daraus auf eine Reizung resp. Lähmung der Hemmungsnerven des Darms durch kleine resp. grosse Morphinum Dosen. Damit stimmt aber die Wirkung beim Menschen durchaus nicht überein, da hier auch sehr grosse Dosen Opium namentlich bei Ileus, Peritonitis etc. rein hemmend wirken, während gerade anfänglich und bei kleinen Gaben oftmals Magendarmreiz (Brechen, Druck, Kollern, Krampf) eintritt. Auch ist die Verschiedenheit der Alkaliapplication wahrscheinlich wesentlich auf die stärkere Localwirkung des Kalisalzes zurückzuführen, der Contractionsring verhindert das Fortschreiten des Reizes und die häufige weitere Ausdehnung der secundär nach Morphin eintretenden Peristaltik deutet auf eine andere Ursache hin. Die blutigen Stühle, die nament-

lich bei Hunden nach Grammdosen von Morphinum beobachtet worden, lassen sich auch nicht auf vasomotorische Einwirkung zurückführen, da die Darmgefäße überhaupt keine erhebliche Veränderung bei so vergifteten Thieren erkennen lassen, wie ja die Gefässwirkung der Opiate überhaupt eine relativ geringfügige ist.

Dagegen erklären sich alle diese Erscheinungen zwanglos aus einer directen Schädigung der gesammten Verdauungsschleimhaut, eine Annahme, die überdies durch Erfahrungen der Pathologie (belegte Zunge, trockenen Mund, Uebelkeit, Magenschmerz, Erbrechen, Kollern, anfänglicher Krampf, öfters Darmcatarrhe, verdickte Schleimhaut bei Sectionen) unbedingt erfordert wird. Dazu kommt eine directe dem Thierversuch zugängliche Verminderung der motorischen Darmreizbarkeit, namentlich den physiologischen Darmreizen (Kälte, Wärme, Blutlaufsänderungen) weniger den Giften gegenüber. Hier wirkt Morphinum ähnlich aber schwächer wie Atropin, die Wirkung der Abführmittel wird im Wesentlichen nur verzögert, besonders deutlich die der Aloë, weniger der Senna. Deutlich ist ferner ein durch die lange Haltbarkeit wie die klinische Wirkung der Morphinumlösungen gleich bestimmt bezeugter desinfectirender Einfluss im Verdauungstract, die Gährungen werden verlangsamt, die Gasbildung wird verringert, das Mittel wirkt hier ähnlich dem Calomel, das ja auch je nach den Umständen abführt oder stopft. Alle diese Effecte treffen zusammen um die hervorragende Stellung des Morphioms bezüglich der Darmbewegung zu erklären, die Grenzen derselben zu motiviren und die zahlreichen individuellen Schwankungen des Einflusses zu bedingen. Sie sämmtlich sind aber doch nur Nebenwirkungen gegenüber der eigentlichen Grundwirkung des Morphioms und Opiums, die ganz identisch ist, vollständig mit der allgemeinen narkotischen Beeinflussung des gesammten Organismus zusammenfällt und namentlich durch ihre für den Verdauungstract massgebende lange Dauer das Mittel vor anderen ähnlichen Giften auszeichnet. Der Darm wird weniger empfindlich, Schmerzen und ihre Reizung werden beseitigt, der beim Menschen so auffällige Einfluss der Centren (Schreck, Angst, Kummer, Freude, Centralkrankheiten) fällt grösstentheils fort, der Stuhlgang wird verringert, kurz neben den schwächeren Einwirkungen auf die motorische und secretorische Darmthätigkeit ist es in erster Linie die sensible Seite, die beeinflusst wird. Mit dieser Deutung allein stimmt das subjective Empfinden, welches das Aufhören unangenehmer Gefühle, ja den Eintritt eines gewissen directen Wohlbehagens im Leib als erstes Zeichen der Darmnarcose bestimmt empfindet, hier liegen aber auch schon die engen Schranken der Opiumwirkung, die gegenüber den eigentlich pathologischen Schleimhautprocessen nur wenig Macht entfaltet. Aber nur die gleichzeitige Berücksichtigung der Nebenfactoren, die Annahme einer Combination von Einflüssen, ist im Stande, eine befriedigende Erklärung der verschiedenen bei Menschen und Thieren beobachteten Erscheinungen zu ermöglichen, wie sie hier nur ganz kurz angedeutet werden konnte und ausführlicher Besprechung vorbehalten bleibt.

XV. Dr. Köppen (Strassburg): Ueber osteomalacische Lähmung.

K. beobachtete in der Poliklinik für Nervenkrankheiten 4 Fälle von Schwangerschaftslähmungen. In 3 Fällen bestand die Affection schon mehrere Jahre, hatte sich nach der Entbindung gebessert, bei wiederholter Schwangerschaft wieder verschlimmert. Die Patienten konnten mühsam gehen klagten über Schmerzen. Der Gang war watschelnd. Beim Vorsetzen des Beines wird das Becken der betreffenden Seite gehoben und die Körperseite vorgeschoben. Die activen Bewegungen der Beine waren mühsam. Das Erheben des Beines fast unmöglich. Die Lähmung war auf einer Seite stärker. Die Arme zeigten auch Bewegungsschwäche. Das Aufrichten aus liegender Stellung war sehr erschwert. Die elektrische Erregbarkeit war herabgesetzt. Die Knochen waren durchschnittlich druckempfindlich. In den Gelenken war nichts Krankhaftes zu finden. Das Becken zeigte keine osteomalacische Form. Die Patellarreflexe waren stark. Einmal wurde das Romberg'sche Symptom beobachtet. Das Krankheitsbild erinnerte an Osteomalacie. Zwei weitere Patienten des Herrn Prof. Freund mit sicheren Anzeichen von Osteomalacie, insbesondere von Beckenveränderungen, wurden untersucht. Die eine ging mühsam die Beine schiebend und konnte das eine Bein nicht erheben. Dieselbe war schon seit dem Jahre 1882 erkrankt. Zuerst war bei ihr Schwäche in den unteren Extremitäten aufgetreten und ein watschelnder Gang. Sie hatte das eine Bein nicht erheben können. Pat. war 1884 gynäkologisch untersucht. Die Beckenform war damals nicht verändert, aber die Beckenknochen waren auf Druck schmerzhaft. Pat. hatte also im Beginn ihrer Krankheit ähnliche Symptome, wie die 4 zuerst genannten Fälle. Diese Fälle sind also als Krankheitsformen beginnender Osteomalacie aufzufassen.

Renz hat osteomalacische Lähmungen als Schwangerschaftslähmungen beschrieben. Derselbe behauptet mit Unrecht, Jolly kenne nur hysterische Schwangerschaftslähmungen. In den Fällen R.'s war, wie es scheint, das Becken verändert. Die Kranken hatten einen Entengang. Die Sacralähmung von Lehmann ist wohl auch eine osteomalacische Lähmung.

Muskelerkrankungen bei Osteomalacie fanden sich in 3 Fällen, welche Chambers, Webers und Friedreich untersuchten. Die Muskeln waren fettig entartet und entzündlich verändert. Weber fand die Muskeln um das Becken herum verfettet. In Chambers' Fall gingen die Muskelveränderungen den Knochenveränderungen voraus. Auch in den vier besprochenen Fällen gingen die Muskelveränderungen, den sicher klinisch nachweisbaren Knochenveränderungen voraus. Es giebt also eine *Dystrophia musculorum osteomalacia*, wie schon Friedreich behauptet. Die Muskelerkrankung ist eine Theilerscheinung der Osteomalacie. Muskelparesen, besonders Lähmung des Ileo-Psoas, der Entengang, die Knochenschmerzen geben ein charakteristisches Krankheitsbild beginnender Osteomalacie. Wichtige Einzelheiten werden einer späteren Veröffentlichung vorbehalten.

XVI. Dr. Laquer (Frankfurt a. M.): Ueber Radialiskrampf.

Ein hereditär belasteter 45jähriger Kaufmann, der lange Jahre an Neurasthenie mit Herzenschwäche und an Schreibkrampf gelitten hatte, liess sich wegen des letztgenannten Leidens massiren. In Folge der sehr energischen

Manipulationen, die 41 Mal wiederholt wurden, entstand ein ticähnlicher clonischer Krampf in den Extensoren des rechten Vorderarms, der sich an Intensität im Laufe der Zeit fast bis zur Unerträglichkeit steigerte. Es waren schliesslich alle vom N. radialis versorgten Muskeln des Vorderarms und der Hand ergriffen. Die krampfhaften Zuckungen waren mit Schmerzen verbunden. Oft trat tonische Starre ein, wie wenn von der Umschlagsstelle am Oberarm aus der N. radialis in KaSt_e versetzt würde. Die Sensibilität war intact. Die gesammte Muskulatur des rechten Armes wurde leicht atrophisch. Vasomotorische Erscheinungen fehlten: Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit des Handgelenkes waren die Folge der sehr intensiven Dorsalbewegungen im Gelenke; Nervina und Galvanisation, sowie Hydrotherapie etc. waren erfolglos. Die Diagnose (auch Prof. Erb sah wiederholt den Patienten) schwankte zwischen zwei Möglichkeiten: Die erstere: Rein functioneller, durch Traumen der peripherisch-motorischen Leitungsbahnen oder reflectorisch auf dem Wege der Reizung der sensiblen Hautnerven entstandener Krampf bei einem übererregbaren (neurasthenischen) Manne. Die zweite: Beginn eines organischen Leidens (Reizung der Centralorgane), Tumor der motorischen Centren? Für die erstere Annahme entschied der nach achtmonatlicher Dauer des Leidens erfolgte Ausgang in Heilung. Dieselbe erfolgte sehr plötzlich und zwar durch Angst vor einer beabsichtigten Operation (Nervendehnung) und durch einfache moralische Einwirkung, aber ohne Hypnose.

Discussion: Schultze berichtet über zwei ähnliche Fälle aus seiner Praxis: In dem einen handelte es sich um Krämpfe tonischer und clonischer Art im Triceps brachii. Derselbe trotzte jeder angewandten Therapie, bis er nach 12jährigem Bestehen spontan sich soweit besserte, dass nur ein clonischer Krampf bestehen blieb.

In dem zweiten Falle bestanden Krämpfe im Pectoralis und in den Auswärtsrollen des einen Oberschenkels. Hier trat nach 10 Jahren Heilung ein. Nach diesen Erfahrungen möchte auch Sch. daher die Prognose bei solchem functionellen Krampf nicht immer ungünstig gestellt wissen!

XVII. Prof. Erb (Heidelberg): Bemerkungen über die Suspension bei Tabischen.

Nach einigen einleitenden Sätzen erwähnt der Vortragende die in den letzten Monaten erfolgten Mittheilungen von Charcot, Eulenburg, Bernhard, Abadie, Desnos, de Watteville, Morton, Dana u. A. über die Erfolge der „Suspension“ bei Tabes und anderen Nervenkrankheiten. Das Ergebniss derselben sei, wie es scheint, doch im Ganzen dies, dass erhebliche und fortschreitende Besserungen bei nicht wenigen Fällen von Tabes erzielt seien, in vielen Fällen wenigstens eine Erleichterung besonders lästiger Symptome (Ataxie, lancinirende Schmerzen, Blasenstörungen, allgemeines Unbehagen und Schwächegefühl etc.) eingetreten sei u. s. w. — Bei einem neulichen Besuche in Paris habe Redner sich von der Ausdehnung der dort in der Salpêtrière mit der Suspension angestellten Heilversuche persönlich überzeugt und mündlich die genannten Resultate bestätigt bekommen.

Seine eigenen, seit Anfang März mit der Methode angestellten und von Herrn Dr. Hoffmann geleiteten Versuche erstreckten sich freilich erst auf 5—6 Fälle von Tabes, seien aber doch vielleicht mittheilenswerth.

1. Be. . . .; schwere Tabes seit 1887. — Lues. — Rapider Verlauf, hochgradige Ataxie. Durch Hg-Cur etwas Besserung. Körpergewicht 66 Kilo. Vom 4. März bis 22. April 1889 23 Suspensionen; anfangs Erleichterung der Parästhesien, Besserung im Gehen; von Anfang April an progressive Verschlimmerung. Jetzt der Zustand viel schlechter als vorher.

2. Hi.; schwere Tabes seit 1887. Lues. — Ziemlich rascher Verlauf. Ataxie. Magerer Mann. — Vom 31. März bis 30. April 13 Suspensionen; gut ertragen. — Anfangs keine Aenderung; von der 10. Suspension an grössere Müdigkeit und Abnahme der Gehfähigkeit. Resultat: eher Verschlimmerung.

3. Wi.; mässig intensive Tabes seit 1887. — Lues. — Hg-Cur. erhebliche Besserung. — Später Arthropathie der Kniee. Mässige Ataxie. Junger, grosser sehr schwerer Mann.

Vom 6. bis 28. April: 11 Suspensionen; anfangs subjectiv etwas Erleichterung. Von der 6. Suspension ab Schwindelanfälle, Druck über der Brust; Zunahme des Schwindels, Flimmern vor den Augen, grössere Mattigkeit, Einknicken der Kniee etc.; deshalb Aussetzen.

Am 2. Mai plötzlicher Tod (durch Vaguslähmung?). — Section: Hinterstrangdegeneration, Arthropathie, Osteosklerose, aber nichts, was den plötzlichen Tod erklärt hätte.

Ob hier an eine directe üble Folge der Suspension zu denken sei, ist natürlich schwer zu sagen; aber auch — besonders mit Rücksicht auf das grosse Körpergewicht — nicht ganz auszuschliessen.

4. Ha. Alte Tabes, seit 1879. — Lues. — Vor einem Jahre rapide Verschlimmerung; hochgradige Ataxie, Schwäche, selten Schmerzen. Schwerer Mann, in mittleren Jahren.

Im April 13 Suspensionen: Anfangs Besserung der Sensibilität, Erleichterung im Rücken; dann aber Auftreten von lancinirenden Schmerzen, so continuirlich und heftig wie früher nie. — Gang vielleicht etwas besser; Gefühl der Hände feiner.

(Nachtrag: Patient, der die Cur zu Hause fortsetzt, schreibt am 3. Jun: Es sei jetzt eine langsame fortschreitende Besserung zu constatiren; die Schmerzen stiegen bis zur 22. Suspension noch an, liessen dann nach und sind jetzt [28. Susp.] fast ganz geschwunden. Gang besser.)

5. Gü. Ziemlich schwere Tabes seit 1883. — Lues. — Hochgradige Ataxie und Sensibilitätsstörung. — Kein grosses Körpergewicht. Bisher 5. Suspensionen: anscheinend etwas Erleichterung.

6. Me. Alte Tabes von langsamem Verlauf, seit 1884. — Lues. — Ziemlich hochgradige Ataxie. — Sehr schwerer Mann.

10 Suspensionen (zu Hause vorgenommen) hatten eher schlechten Erfolg. Die Blase war anfangs besser, dann aber eher schlechter als vorher. Kam dabei herunter.

Diese Resultate seien durchaus nicht sehr ermunternd; sei vielleicht Zufall; zu beachten, dass es sich meist um Fälle jüngeren Datums und relativ raschen Verlaufs handle; auch zum Theil um Leute von sehr grossem Körpergewicht. Immerhin erscheint es Redner gerechtfertigt, die Versuche fortzusetzen. — Gewisse Erfolge seien doch unzweifelhaft und wohl nicht durch die psychische Einwirkung (Autosuggestion) zu erklären. — Ueber die Wirkungsweise des Mittels sei ein Urtheil noch ganz unmöglich, weitere Erfahrungen abzuwarten und genauere Studien über Art und Grad der Dehnung bei der Suspension erwünscht. — Wünschenswerth sei auch, dass die Versuche zunächst in den Händen Weniger concentrirt bleiben, um möglich rasch ausgiebige und einheitliche Erfahrungen zu sammeln. — Den Kranken selber die Ausführung der Suspension zu überlassen, sei jedenfalls bedenklich.

In der Discussion berichtet Hitzig über seine Erfahrung in Betreff der Suspension bei Tabischen.

Es wurden bisher 5 Männer und 1 Frau derselben unterzogen. Am wenigsten hat die Suspension genützt bei einer *Tabes cervicalis*, am meisten bei der tabeskranken Frau. Seine Resultate stimmen im Wesentlichen mit denen des Vortragenden überein. Es traten mehr oder minder bedeutende Besserungen einzelner Symptome ein. Die Besserung habe sich aber gewöhnlich bald wieder verloren*).

*) I. Bi., 43 Jahr. Lues. *Tabes cervical.* Krank seit Anfang 1886. Aeusserst heftige und häufige Schmerzanfälle hauptsächlich im linken Arm. Fehlen der Patellarreflexe. Refl. Pupillenstarre. Durch Suspension eher Verschlimmerung.

II. Re., 33jährige Frau. Lues. Krank seit 3 Jahren. Aeusserst heftige und häufige Schmerzanfälle in oberen und unteren Extremitäten, wegen deren 3—4 Morphiuminjectionen von 0,03 Grm. pro die nöthig sind. In den unteren Extremitäten Paraplegie, in den oberen hochgradige Ataxie. Hallucinatorische Psychose. Suspension. Aufhören der Schmerzen, so dass Morphinum ausgesetzt werden konnte; Besserung der Ataxie in den oberen Extremitäten, so dass Briefschreiben möglich ist; an Stelle der Paraplegie Ataxie. Verschwinden der Psychose. Dauer der Besserung jetzt 2½ Monat

III. Go., 54 Jahr. Lues. Typischer Fall. Krank seit 7 Jahren. Besserung der Schmerzen, der Parästhesien und der Gehstörung. Dauer der Besserung jetzt ca. 2 Monat.

IV. Se., 45 Jahr. Lues. Typischer, sehr schwerer Fall. Krank angeblich seit Herbst 1887. Unmittelbar nach der Suspension grosse subjective Erleichterung. Verschwinden des Gürtelgefühls und der sehr quälenden klonischen Krämpfe, so dass Morphinum zeitweise ausgesetzt werden kann; Besserung der Blasenbeschwerden und der sehr hochgradigen Gehstörungen. Dauer der Besserung etwa 2 Monate, dann wieder Verschlimmerung.

V. La., 42 Jahr. Lues. Krank seit 7 Jahren. Typischer Fall. Etwas Besserung der Parästhesien, des Ganges und Aufhören der Urinbeschwerden.

Binswanger macht auf eine andere, anscheinend weniger gefährliche Art der Suspension aufmerksam, die er bei Kappeler kennen gelernt hat. Hier liegen die Kranken auf einem Ruhebett lang ausgestreckt und die Suspension wird dadurch bewirkt, dass der Oberkörper der Kranken von einem Gurt, der den oberen Theil des Thorax umschliesst, gehoben wird, während der Kopf stark nach hinten übergebeugt ist.

XVIII. Dr. Friedmann (Mannheim): Zur Histologie und Formeneintheilung der acuten gemeinen nicht eitrigen Encephalitis. „Bei der Schaffung des modernen Encephalitisbegriffes, der Abscheidung der primären Entzündung von der Encephalomalacie in den 60er Jahren hatte man zunächst nur die eitrigen Formen im Auge; bezüglich der nicht eitrigen acuten Encephalitis war sowohl die Stellung zur eitrigen, als zur gewöhnlichen Gehirnerweichung erst auszumachen. Auch jetzt noch haben die auf diesem Gebiet seither erworbenen, theils isolirten, theils streitigen Beobachtungen keine genügende Klärung gebracht; am Bekanntesten darunter sind die Virchow'sche Encephalitis der Neugeborenen, die sogenannte parenchymatöse Encephalitis und die Strümpell'sche Poliencephalitis. Das geläufigste Schema stellt ohne Rücksicht darauf die nicht eitrige Entzündung als eine Verlaufs-, eine Heilungsform der eitrigen hin. — Eine Reihe von Thierexperimenten über traumatische Encephalitis führte nun den Vortragenden zu neuen Resultaten. Es zeigte sich, dass 1. ein ätiologischer und anatomisch-histologischer Unterschied durchgreifender Art zwischen eitriger und nicht eitriger Encephalitis von vornherein besteht, 2. dass unter den nicht eitrigen Gruppen wieder eine wesentliche Differenz der Processe obwaltet: entweder findet bei stürmischem Verlauf eine starke Production grosser Zellen im Gewebe statt, bei der Aetzungsencephalitis, oder eine langsame interstitielle Wucherung mit Körnchenzellenentwicklung, bei der gewöhnlichen Wundentzündung.

Die Durchsicht des vorliegenden Materials der spontanen nicht eitrigen Encephalitis ergiebt nun überraschende Analogien mit den traumatischen Formen. Man kann bei jener unterscheiden: 1. Herde aus grossen epitheloiden Zellen, welche bisher schwer zu deuten waren, die aber beinahe völlig übereinstimmen mit der Aetzungsencephalitis. Sie stellen die intensivste Stufe dieser Entzündungen dar. 2. Die zweite Stufe bilden Herde mit Vorwalten der Schwellung von Neurogliazellen und Axencylindern und Körnchenzellenansammlung. Sie sind gleichfalls noch als schwächere, einfach irritative Zustände zu deuten, treten übrigens relativ oft nach Embolien und Thrombosen

Auf Verlangen 11 Tage nach Beginn der Suspensionsbehandlung entlassen, da kein Fortschritt mehr eintrat.

VI. He., 47 Jahr. Lues. Krank seit Anfang 1888. Typischer, verhältnissmässig vorgeschrittener Fall. „Erleichterung im Kreuz“, Abnahme der Schmerzen, so dass Morphinum zeitweise ausgesetzt werden kann; etwas Besserung des Ganges, Rückkehr sexueller Empfindungen; Besserung wechselnd und nicht anhaltend.

auf. 3. Die hämorrhagische Encephalitis, bei welcher Vortragender neben die Wernicke'sche Poli-encephalitis acuta haemorrhagica eine andersartige, eigene Beobachtung stellt. Diese Form und mehr noch die folgende 4., welche die gewöhnlichen genuin entstehenden Körnchenzellenherde mit Ausgang in Cysten und Plaques jaunes umfasst, stimmen im Wesentlichen überein mit der gewöhnlichen Wundencephalitis. 5. Die gummöse Encephalitis.

All diese Formen haben Nichts mit der eitrigen Entzündung zu thun, und es zeigt sich bei ihnen eine grössere Mannigfaltigkeit, als meist vorausgesetzt wird. Die sogenannte parenchymatöse Encephalitis stimmt übrigens überein mit den intensiveren Graden der traumatischen Entzündung; sie gehört unter die Gruppen I. und II.

Eine strenge Scheidung der nicht eitrigen Encephalitis von der Encephalomalacie lässt sich in anatomischer Beziehung nach dem Vortragenden nicht wohl aufrecht erhalten; die Formen I., II. und IV. können in gleicher Art genuin, wie nach Thrombosen und jedenfalls Embolien auftreten. Weiterer klinischer Forschung ist vorzubehalten, ob wir danach die ätiologische Verschiedenheit als ein massgebendes trennendes Moment weiterhin anerkennen sollen oder nicht.“

(Der Vortrag ist in diesem Heft veröffentlicht worden.)

Schluss der Versammlung Mittags 12 Uhr; worauf die meisten Theilnehmer derselben das neu erbaute, von Dr. Schneider (Baden-Baden) geleitete Sanatorium für Nervenkranken besichtigten.

Frankfurt a./M. und Heidelberg, im Juli 1889.

Dr. L. Laquer. Dr. Buchholz.
