

XX.

XVII. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 28. und 29. Mai 1892.



Anwesend sind die Herren:

Dr. Alzheimer (Frankfurt a. M.), Dr. Asch (Frankfurt a. M.),
Dr. Aschaffenburg (Heidelberg), Geh. Rath Prof. Dr. Bäuml
(Freiburg), Dr. Baumgärtner (Baden-Baden), Dr. Baader (Frei-
burg), Dr. Belzer (Baden-Baden), Dr. Bohnstedt (Sand), Dr.
Böhmgig (Heidelberg), Dr. Brandis (Baden-Baden), Dr. Brasch
(Marburg), Hofrath Dr. Brauser (Regensburg), Dr. Colla (Illenau),
Dr. v. Corval (Baden-Baden), Privatdocent Dr. Dinkler (Heidel-
berg), Director Dr. Dittmar (Saargemünd), Dr. Dreyfuss (Ba-
den-Baden), Dr. Dietz (Illenau), Dr. Edinger (Frankfurt a. M.),
Geh. Hofrath Prof. Dr. Erb (Heidelberg), Prof. Dr. Ewald (Strass-
burg), Dr. Eyselein (Blankenburg a. H.), Privatdocent Dr. Flei-
ner (Heidelberg), Dr. Frey (Baden-Baden), Hofrath Prof. Dr.
Fürstner (Strassburg), Dr. Gierlich (Wiesbaden), Dr. Gilbert
Baden-Baden), Prof. Dr. Goltz (Strassburg), Dr. Hammer (Hei-
delberg), Geh. Hofrath Dr. Heiligenthal (Baden-Baden), Privat-
docent Dr. Hoche (Strassburg), Prof. Dr. J. Hoffmann (Heidel-
berg), Dr. Hoffmann (Baden-Baden), Dr. Ilberg (Heidelberg),
Dr. Kausch (Strassburg), Dr. Kirchheim (Frankfurt a. M.), Dr.
Knoblauch (Frankfurt a. M.), Prof. Dr. Kraepelin (Heidelberg),
Dr. Kuh (Chicago), Dr. Landerer (Illenau), Dr. Laquer (Frank-
furt a. M.), Geh. Rath Prof. Dr. Leber (Heidelberg), Prof. Dr.
Minkowski (Strassburg), Prof. Dr. Naunyn (Strassburg), Dr.
Obermüller (Baden-Baden), Dr. Oeffinger (Baden-Baden),
Sanitätsrath Dr. Oebecke (Bonn), Dr. Oster (Baden Baden), Dr.
Oster (Illenau), Dr. Pletzer (Bremen), Privatdocent Dr. Rein-
hold (Freiburg), Sanitätsrath Dr. Schliep (Baden-Baden), Geh.

Hofrath Dr. Schüle (Illenau), Prof. Dr. F. Schultze (Bonn), Dr. Schneider (Baden-Baden), Prof. Dr. Steiner (Köln), Dr. Stiege (Baden-Baden), Prof. Dr. Thomas (Freiburg), Privatdocent Dr. Thomsen (Bonn), Prof. Dr. Vierordt (Heidelberg), Dr. Warda (Jena), Privatdocent Dr. Windscheid (Leipzig), Dr. Wladimiroff (St. Petersburg), Dr. Wurm (Teinach), Dr. Zacher (Ahrweiler).

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

Dr. Acker (Mosbach), Prof. Dr. Binswanger (Jena), Dr. Eisenlohr (Hamburg), Dr. G. Fischer (Constanz), Prof. Dr. Emminghaus (Freiburg), Prof. Dr. Eichhorst (Zürich), Prof. Dr. Forel (Zürich), Dr. Friedmann (Mannheim), Prof. Dr. Grashey (München), Geh. Rath Prof. Dr. Jolly (Berlin), Prof. Dr. Immermann (Basel), Prof. Dr. Kast (Breslau), Director Dr. Karrer (Klingenstein), Prof. Dr. Kirn (Freiburg), Director Dr. Kreuzer (Winenthal), Dr. Landerer (Kennenburg), Director Dr. Ludwig (Heppenheim), Dr. Müllberger (Constanz), Prof. Dr. Rieger (Würzburg), Prof. Dr. Rumpf (Hamburg), Prof. Dr. Tuczek (Marburg), Prof. Dr. Wille (Basel), Privatdocent Dr. Ziehen (Jena).

I. Sitzung am 28. Mai, Nachmittags 2³/₄ Uhr.

Der erste Geschäftsführer, Herr Hofrath Prof. Dr. Fürstner eröffnet die Sitzung und begrüsst die Anwesenden. Auf seinen Vorschlag wird Herrn Geh. Rath Leber der Vorsitz für die erste Sitzung übertragen.

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

Privatdocent Dr. A. Hoche (Strassburg).

Es folgen die Vorträge:

I. Prof. Leber: Ueber periphere Sehnervenaffectionen bei Hysterischen.

Der Vortragende hat in einer Reihe von Fällen hochgradige Amblyopie oder Amaurose von hysterischem Charakter beobachtet, welche auf eine retrobulbäre Neuritis des Sehnerven zu beziehen war. Der hysterische Charakter der Affection gab sich theils durch die rasche und ziemlich vollständige Rückbildung der Sehstörung und den Anfangs ganz oder nahezu ganz negativen Augenspiegelbefund zu erkennen, theils durch das Auftreten bei Individuen, die an anderen nervösen Störungen und Erscheinungen von Hysterie gelitten hatten. Trotz rasch erfolgter Wiederherstellung des Sehvermögens trat hier zuweilen bald nachher eine ausgesprochene Verfärbung der Sehnervenpapille ein, welche den peripheren Sitz der Affection sicher beweist. Auch aus der Form der Sehstörung, dem Auftreten centraler Scotome oder Farbenscotome und aus der Einseitigkeit der Affection ist der Sitz im Opticusstamm, peripher vom Chiasma, zu erschliessen. Das acute Auftreten der Erblindung und das

Vorkommen leichter neuritischer Veränderungen in der Papille lässt eine retrobulbäre Neuritis mit Ausgang in partielle Atrophie annehmen. Die oft sehr hochgradige Amblyopie ging meist in 8—14 Tagen ziemlich vollständig zurück, und zwar ohne jede Behandlung oder nur bei subcutanen Strychninjectionen, Gebrauch von Bromkalium oder von salicylsaurem Natron. Unter 5 genauer beobachteten Fällen sind vier Frauen, meist mit mehr oder minder ausgesprochenen hysterischen Störungen; ein Mann klagte bald nach dem Rückgang der (einseitigen) Amblyopie über Parästhesie und Anästhesie der anderen Körperhälfte, die sich bald wieder verlor.

In mehreren Fällen ging dem Auftreten der Amblyopie vorübergehendes Unwohlsein und Fieber vorher. Der Vortragende nimmt an, dass die retrobulbäre Neuritis, welche, wie die Fälle zeigen, ohne Behandlung rasch zurückgehen kann, eine Störung der Leitungsfähigkeit der Nervenfasern hinterlässt, die durch Strychnin oder auch durch psychische Einflüsse rasch zu beseitigen ist, während in anderen Fällen bei höheren Graden oder längerer Dauer des Processes eine entsprechende Anzahl von Nervenfasern der Atrophie anheimfallen kann.

Hiernach vermuthet der Vortragende, dass auch manche andere ernste Störungen bei Hysterischen, trotz ihrer raschen Rückbildungsfähigkeit auf ähnlichen Processen beruhen möchten, deren Sitz meist in das Centralorgan zu verlegen sein wird.

Auch für eine andere, mehr chronisch verlaufende Form von Amblyopie, die bei Hysterischen vorkommt, die sogenannte Anaesthesia retinae, ergeben sich Anhaltspunkte für die Annahme eines peripheren Sitzes. Bei einer Patientin mit schwerer Hysterie, wo sich die Gelegenheit zur mikroskopischen Untersuchung bot, fand der Vortragende schon vor Jahren atrophische Veränderungen der Sehnerven, besonders dicht vor dem Chiasma, in oberflächlich gelegenen Bündeln des Nerven, und vermuthet um so mehr, dass dieselben als Ursache der genannten Form von Amblyopie zu betrachten sind, als die oft sehr ungleiche Betheiligung beider Augen an der Sehstörung und besonders das selten vorkommende einseitige Auftreten derselben sich mit der Annahme eines Sitzes im Centralorgan nicht recht in Einklang bringen lässt.

II. Dr. Dinkler-Heidelberg (Erb'sche Klinik): *Tabes dorsalis syphilitica incipiens, Meningitis spinalis syphilitica*; (mit Demonstration mikroskopischer Präparate).

Gegen die Fournier-Erb'sche Lehre von der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die *Tabes dorsalis* hat Westphal vor 10 Jahren den Einwand erhoben, dass sie sich nur auf statistische Angaben und klinische Beobachtungen, die von subjectiver Färbung nicht ganz frei zu halten seien, stütze, und dass die pathologische Anatomie über keine Mittheilung verfüge, in welcher neben typischer tabischer Rückenmarkserkrankung manifeste syphilitische Veränderungen in anderen Organen constatirt seien. Dieser Standpunkt ist in den letzten Jahren unhaltbar geworden, da in einer Reihe von Fällen die Coincidenz von Syphilis und *Tabes* — darunter solche mit *Meningitis syphi-*

litica — festgestellt worden ist; von den betreffenden Publicationen gehören die weiter zurück zu datirenden Virchow und Duplaix, die neueren J. Hoffmann (Kuh, Dissertation), Eisenlohr und Minor an. — Aus der Erb'schen Klinik kann Vortragender über einen neuen Fall berichten: 42-jähriger Holländer, neuropathisch belastet; syphilitische Infection im 27. Jahre, ein halbes Jahr danach Hautausschlag; Hg per os und Kal. jodat., im 32. Jahre Verheirathung; Frau zweimal gravid; das erste Kind lebt, ist gesund; zweite Gravidität im vierten Monat durch Abortus unterbrochen; im 36. Jahre (1885) lancinirende Schmerzen in beiden Beinen, Gürtelgefühl, 1889 Krabbeln und Ameisenlaufen in den Beinen, geringe Blasenschwäche, Abnahme der Potenz, rasche Ermüdung bei geringen Anstrengungen. Objective Untersuchung 1891: Narbe am Penis, keine sonstigen auf Syphilis hindeutenden Veränderungen; reflectorische Pupillenstarre und Myose, Hypalgesie und Verlangsamung der Schmerzempfindungsleitung in den Beinen, Hyperästhesie im Rücken; Hautreflexe normal, Achillessehnenreflexe fehlen ganz, von den Patellarreflexen ist der rechte schwächer als der linke, anscheinend normale; Ord: Inunctionscur, Badecur in Nauheim und Luftcur im Hochgebirge, Arg. nitricum mit Nux vomica. Besserung. Nach 6 Monaten stellt sich Patient wegen heftiger lancinirender Schmerzen wieder in der Klinik ein; keine wesentlichen objectiven Veränderungen bei der Untersuchung nachweisbar. Nach einer Woche plötzlich Exitus letalis. Die genaue mikroskopische Untersuchung ergiebt: *Tabes dorsalis incipiens*, *Meningitis spinalis syphilitica* et *Arachnitis gummosa*, *Arteriitis gummosa arteriar: basilaris et spinalium et cerebralium mediae et anterioris utriusque*, Ruptur eines Aneurysma dissecans in der Art. Foss. Sylvii dextra, Haemorrhagia cerebrospinalis diffusa.

Der Fall besitzt in mehrfacher Beziehung Bedeutung. Zunächst beweist er wieder, dass die Erfolglosigkeit einer Schmiercur bei Tabes für die Beurtheilung, ob es sich dabei um eine syphilitische oder sonst wie bedingte Erkrankung des Rückenmarkes handelt, belanglos ist, denn wir sehen trotz der Hg-Cur ausgesprochene specifische Processe fortbestehen; das Quecksilber ist eben, wie schon oft betont, kein so sicheres Mittel, dass wir „ex non juvenibus“ eine syphilitische Erkrankung mit Bestimmtheit ausschliessen können. Aber auch dann, wenn anatomisch zweifellosluetische Processe nicht gefunden werden, kann bei vorausgegangener Syphilis die specifische Aetiologie der Tabes nicht aprioristisch in Abrede gestellt werden, denn wir sind nach den Erfahrungen über die toxische Wirkung einer grossen Anzahl von Infectionskrankheiten, auch der Syphilis, berechtigt, eine derartige Wirkung resp. Spätwirkung durch Toxine (giftige Stoffwechselproducte) anzunehmen. Hierfür sprechen einmal die klinischen Beobachtungen der passageren peripherischen und centralen Lähmungen (Augenmuskellähmungen, Hemi- und Paraplegien), die bei ihrem plötzlichen Kommen und Gehen, ihrer Localisation etc. durch andere Ernährungsstörungen (Embolien, Arteriitis) als chemische ungenügend erklärt werden; zweitens tritt auch die anatomische Untersuchung für eine derartige Genese mit Nachdruck ein, da, wie im vorliegenden Falle, evidente syphilitische Erkrankungen neben der, charakteristische Gewebeveränderungen nicht

bietenden tabischen Rückenmarksdegeneration vorkommen. Diese Coincidenz von Meningealsyphilis und Tabes für zufällig zu halten, verbietet die Zahl der im wesentlichen übereinstimmenden Befunde von Hoffmann, Eisenlohr und Minor und dem Vortragenden. Ausserdem wissen wir durch Oppenheim und Siemerling und Andere mit Bestimmtheit, dass bei Syphilis auch an anderen nervösen Apparaten degenerative Atrophien, welche sich in nichts von anscheinend nicht syphilitischen Processen unterscheiden, vorkommen, so z. B. Kernatrophien in dem verlängerten Mark. — Die ausführlichere Mittheilung dieses Falles wird in der Zeitschrift für Nervenheilkunde erfolgen.

III. Prof. Goltz berichtet über eine Reihe von Beobachtungen, welche von Ewald und ihm an Hunden angestellt werden konnten, welche die Ausschneidung grosser Abschnitte des Rückenmarks längere Zeit überlebten. Ausführlich beschreibt der Vortragende den Zustand eines lebenden weiblichen Hundes, welcher der Versammlung vorgestellt wird. Diesem Thiere war am 28. Mai 1891 das Halsmark in der Höhe des fünften Wirbels quer durchschnitten worden. Durch zwei weitere Operationen, von denen die letzte am 5. Januar 1892 stattfand, wurde der hintere Abschnitt des Rückenmarks von der Cauda equina nach vorwärts in einer Ausdehnung von zusammen 13 Ctm. herausgeschnitten. Das entfernte Stück des Rückenmarks wird vorgelegt. Der kleine Hund, welcher diese grosse Einbusse seiner Nervencentren nunmehr fast fünf Monate überlebt hat, zeigt keinerlei Ernährungsstörungen an der Haut seines gelähmten Hinterkörpers. Die Geschwüre, welche nach der ersten Operation auftraten, wurden zur Verheilung gebracht. Ueberraschender Weise entstanden nach der Ausschneidung des vom Hirn getrennten Rückenmarks keine neuen Geschwüre von grösserer Ausdehnung. Die Muskeln der Hinterbeine sind, wie die mikroskopische Untersuchung eines herausgeschnittenen Muskelstückes gelehrt hat, zu bindegewebigen Strängen entartet. Dagegen ist die Muskulatur des Darmcanals, der Harnblase und der Blutgefässe erhalten geblieben. Die Verdauung scheint vollständig normal. Feste Kothmassen werden ausgestossen. Der Mastdarm ist zeitweise leer. Der After klapft durchaus nicht. Seine Zusammenziehung kann durch Anspritzung von kaltem Wasser befördert werden. Nach directer Reizung mit Inductionsströmen zieht er sich gleichfalls kräftig zusammen.

Die Harnentleerung muss in der Regel durch sanften Druck auf den Bauch eingeleitet werden. Ist sie einmal im Gange, so wirkt die Muskulatur der Blase zur Herausbeförderung des Harns mit, da das Abfliessen desselben auch dann noch fort dauert, wenn der Druck auf die Bauchdecken unterbrochen wird. Der Harn ist von normaler Beschaffenheit. Der Tonus der Blutgefässe des vollständig gelähmten Hinterkörpers ist nicht erloschen. Leichte Reibung der Haut der Hinterbeine oder der von den Geschwüren herrührenden Narben bringt auffällige Röthung hervor, welche nach einiger Zeit wieder verschwindet. Bei Aufenthalt in kaltem Raume wird die Haut der Hinterbeine blass und kühl, während die umgekehrte Veränderung sich in warmer Umgebung vollzieht. So ist also eine hinreichende Regulirung der Blutwärme vorhanden.

Der Vortragende weist auf die unversöhnlichen Widersprüche hin, welche zwischen diesen Thatsachen und den Lehrmeinungen bestehen, welche über die örtliche Abgrenzung der sogenannten Centren für den Gefästonus und die Wärmeregulirung aufgestellt sind. — Bemerkenswerth ist noch, dass die Knochen der Wirbelsäule nach einmaliger querer Durchschneidung des Rückenmarks sich bei den späteren Operationen auffällig morsch erwiesen, so oft der Wirbelcanal zwecks der Ausschneidung des Rückenmarks in weiter Ausdehnung geöffnet wurde.

IV. Prof. Erb (Heidelberg): Ueber einen zwei Mal mit Glück operirten Hirntumor.

Der Vortragende theilt die Geschichte eines 44jährigen Kranken mit, bei welchem auf Grund einer typischen corticalen (Jackson'schen) Epilepsie mit nachfolgender Hemiparesis sin. und sonstiger Symptome (Anfälle von Kopfschmerzen mit Erbrechen, beginnende Papillitis etc.) mit Sicherheit eine Läsion der rechtsseitigen motorischen Rindfelder, mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Tumor derselben, diagnosticirt worden war. Die erste Operation wurde am 21. November 1890 von Geh. Rath Czerny vorgenommen und verlief sehr günstig. Es wurde ein hämorrhagisches Gliosarcom gefunden von sehr erheblicher Ausdehnung, und dasselbe mit Hilfe des scharfen Löffels grösstentheils entfernt. Heilungsverlauf vollkommen ungestört; erhebliche Besserung des Kranken, der keine Anfälle mehr hat, seinem Geschäft wieder vorsteht etc.

Erst nach 8—9 Monaten treten wieder Erscheinungen eines Recidivs auf (erneute Anfälle von monoplegischen clonischen Zuckungen, Zunahme der Parese etc.), welche zur Vornahme einer zweiten Operation, genau ein Jahr nach der ersten — am 23. November 1891 — nöthigten. Ausser dem Tumor wurde eine Cyste entfernt, ein noch umfangreicherer Defect in der rechten Hemisphäre verursacht. — Abermals glänzender Heilungserfolg, aber nur mässige Besserung.

Jetzt — 6 Monate nach der letzten Operation — sind die hemiparetischen Erscheinungen wieder ausgesprochener, die Zuckungen zum Theil wiedergekehrt, Psyche des Kranken aber noch frei, derselbe kann seinem Geschäft noch vorstehen. Der Defect am Schädel ist neuerdings durch eine circa eigrosse, weiche, fluctuirende und pulsirende Geschwulst vorgewölbt.

Der Vortragende weist auf die glänzende lebenserhaltende Wirkung der Operation in diesem Falle hin; der rettungslos verlorene Kranke ist für mindestens 1½ Jahre wieder arbeits- und erwerbsfähig geworden; er hat die beiden schweren Operationen ohne alle Zwischenfälle vortrefflich überstanden. Die Beobachtung kann jedenfalls nur zur Vornahme solcher Operationen auch bei Hirntumoren ermuthigen, auch wenn dieselben zunächst nur als explorative ausgeführt werden. (Die ausführliche Publication und Epikrise dieses Falles ist in der Zeitschrift f. Nervenheilk. erfolgt.)

In der Discussion erwähnt Prof. Fürstner einen analogen von ihm

beobachteten Fall; bei einer 35jährigen Frau konnte die Diagnose auf einen Tumor der linken motorischen Region gestellt werden; die Operation bestätigte die Diagnose, es gelang nicht, die ganze Tumormasse zu entfernen; die Frau ging später zu Grunde; bei der Autopsie fand sich ein ausgedehntes Gliosarcom der linken Hemisphäre. — F. befürwortet für solche Fälle eine ausgedehnte Eröffnung des Schädeldaches, im Interesse der Orientirung.

Prof. Erb schliesst sich dem vollkommen an.

V. Prof. Thomas (Freiburg): Ueber Chorea-Nephritis.

Der Fall betrifft einen anämischen 14¹/₂jährigen Knaben, der anscheinend noch nie weder Chorea noch Nephritis gehabt hatte, und bei dem man etwa drei Wochen nach dem ersten Auftreten der Choreasympptome durch das Erscheinen von allgemeinem Anasarka auf die Anwesenheit einer Nephritis aufmerksam geworden war. Höchst auffällig war nun, dass innerhalb dreier Wochen, mit dem Schwinden des Anasarka sowie der nephritischen Symptome, unter geeigneter, nur gegen die Nephritis gerichteter Behandlung, die choreatischen Bewegungen vollständig aufhörten. Vermuthlich bestand also ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Chorea und Nephritis, und dürfte erstere als Störung der Coordinationscentren, hervorgerufen durch Intoxication mit zurückgehaltenen Harnbestandtheilen, in diesem Falle aufzufassen sein — analog der Chorea bei rheumatischen und infectiösen Leiden.

VI. Prof. Moos: Ueber Gleichgewichtsstörungen in Folge organischer Erkrankung der Bogengänge.

Die Befunde betreffen die horizontalen und frontalen (die sagittalen nicht) Bogengänge beider Felsenbeine eines 12jährigen Mädchens, welches an Staphylococccenmeningitis basilaris und der Convexität verstorben, 3 Jahre vor dem Tode von Scharlach-Diphtherie (gemischte Form, denn es bestand in der Reconvalescenz längere Zeit auch Gaumenmuskellähmung) befallen, schon gleich zu Beginn vollständig ertaubte. In der Reconvalescenz bestanden ausser vollständiger Taubheit Wochen hindurch heftige tiefsitzende Ohrenscherzen, besonders Nachts und schwankender Gang. Keine sonstigen, besonders keine cerebralen Erscheinungen. Völlige Gesundheit bis zur Zeit des Scharlachs. Keine anderweitigen Erscheinungen als die genannten, nach demselben.

Der Vortragende giebt Demonstrationen über die histologischen Befunde:

a) über Epidermiseinwanderung in beide Paukenhöhlen vom Rande des zerstörten Trommelfells her, wobei die Virchow'sche Ansicht über die Genese der Perlgeschwülste durch Zelleneinschliessung berührt wird;

b) über Knochenneubildung in beiden Schneckenkalen der Basalwindung, Nervenatrophie ihrer Zona ossea, Fortsetzung der genannten Knochenneubildung in centripetaler Richtung bis in das Ganglion spirale hinein. (Jede dieser Veränderungen kann für sich allein schon die totale Taubheit erklären);

c) über Veränderungen der Bogenwege: geheilte Nekrose der knöchernen

Begrenzung (die Nekrose wird zur Deutung der Ohrenschmerzen in der Reconvalescenz benutzt*); ferner wird demonstriert ein Befund, welcher zeigt, dass bis auf einen minimalen Theil der endo- und perilymphatische Raum ein gemeinschaftliches Territorium bilden, welches grossentheils aus Binde- und osteoidem Gewebe sowie Blutgefässen besteht.

Der Vortragende erläutert die bacterielle Genese der Knochennekrose. In Betreff der anderweitigen Befunde wird an seinen früheren in der Neurologenversammlung gehaltenen Vortrag erinnert über bacterielle Gefässneubildung, in welchem u. A. die Thatsache betont wurde, dass jede Art von Mikroorganismen bei der Einwanderung in's Labyrinth eine Gerinnung der Lymphe erzeugen kann, aus den Lymphzellen bilden sich, indem ihre Kerne sich theilen, das Protoplasma nicht, Riesenzellen, aus welchen dann Bindegewebe, osteoides oder Knochengewebe bis zur völligen Obliteration der Bogengangshohlräume hervorgehen kann, oder die Riesenzellen übernehmen (s. oben) die Rolle von Angioblasten.

Krankengeschichte und Befunde zusammengenommen lassen den Vortragenden als höchst wahrscheinlich schliessen, dass die Genese der Gleichgewichtsstörung auf die Erkrankung der Bogengänge zurückgeführt werden kann. Er erinnert hierbei an den vor Jahren an gleicher Stelle demonstrierten nekrotischen Bogengang, dessen Ausstossung tagelanger heftiger Schwindel, Erbrechen etc. vorausgegangen, welche Erscheinungen sofort mit der Entfernung des betreffenden Bogengangs verschwanden.

Der Vortragende giebt einen historischen Ueberblick über die seit jener Zeit erschienenen experimentellen Arbeiten über die Function der Bogengänge und des Otolithenapparats: Delaye-Aubert, Breuer, Verworren, Steiner, Lewall, Jaques Löb, Bechterew, Schiff, Bonnier, u. A. sowie Ewald und die Versuche von James und Kreidl an Taubstummen.

In Betreff der negativen Resultate von Baginsky schliesst sich der Vortragende an den Ausspruch von Breuer an: Breuer tadelt an B.'s Versuchen ganz besonders den fehlenden Nachweis, dass Hunde, deren Schnecke functionsunfähig gemacht — und auch dies nur theilweise — auch kein Vestibulum und keinen Bogenapparat mehr hatten. „Diese stillschweigende Identification von „ganz tauben“ mit ganz labyrinthlosen Hunden ist aber falsch“. Dadurch werden Baginsky's Schlussfolgerungen hinfällig.

VII. Prof. Fürstner: Ueber psychomotorische Schwäche- und Reizzustände.

F. geht bei seiner Darstellung aus von der Agoraphobie, die als besonders charakteristisches Beispiel für einen psychomotorischen Schwächezustand gelten kann. Er berichtet über Fälle, wo bei Mitwirkung derselben psychischen Vorgänge, die bei der Agoraphobie in Betracht kommen, anderweitige Muskelgruppen, vor Allem solche, die häufig in Thätigkeit gesetzt, der täg-

*) Geheilte Nekrose in der Labyrinthwand, die ebenfalls als Ursache der Ohrenschmerzen mitbetheiligt, wurde auch demonstriert.

lichen Beschäftigung dienen, vorübergehend in ihrer Leistungsfähigkeit gehemmt wurden, wo statt der geplanten Bewegungen uncoordinirte erfolgten. Bei 3 Fällen handelte es sich um Barbieri, bei denen der rechte Arm periodisch bei Einwirkung bestimmter Sinneswahrnehmungen von Schwäche, Tremor, Hin- und Herschleudern betroffen wurde, ein weiterer Fall betraf einen Capellmeister, dem das Dirigiren, ein fünfter einen Arzt, dem der Vollzug seiner Namensunterschrift zeitweilig unmöglich gemacht war.

Ebensowenig wie die Agoraphobie ein vereinzelt dastehender pathologischer Vorgang ist, ebenso wenig trifft dies für gewisse Fälle von Abasie und Astasie zu, bei denen allerdings andere psychische Vorgänge wie bei der Agoraphobie mitwirken, F. beobachtete periodische Aphonie und eine eigenthümliche Sprachstörung, die nicht als Lähmungszustände aufzufassen, sondern zurückzuführen waren auf pathologische intellectuelle Verarbeitung von Empfindungen, die in den in Betracht kommenden motorischen Gebieten ihren Platz hatten. Bei allen diesen Fällen, ebenso bei den psychischen Lähmungen ist die Rinde als Ursprungsstätte anzusehen.

F. berichtet dann über zwei Fälle, die in hohem Lebensalter stehende Männer betrafen, bei denen acut, ohne Mitwirkung eines Trauma ohne Anfall der rechte Arm Sitz einer Parese in toto wurde, bei denen auch die Einzelbewegungen nur mühsam ausgeführt werden konnten, ausserdem war im Vorderarm und in der Hand ein intensiver Schütteltremor vorhanden, der spontan, aber besonders stark bei bestimmten Bewegungen zum Ausdruck kam. Endlich bestand eine eigenthümliche Sensibilitätsstörung, und zwar Herabsetzung am beträchtlichsten von der Hand bis zum Ellbogen allmählig sich vermindern. Eine unbedeutende Schwäche war auch im rechten Bein vorhanden.

Im zweiten Falle erstreckte sich die Anästhesie zunächst über den ganzen rechten Arm, dann bestand vorübergehend Hemianästhesie rechts, mit Ausschluss der Sinnesorgane, die ganze Störung bildete sich allmählig zurück. F. hebt die Uebereinstimmung hervor, die zwischen diesen Fällen und denen besteht, die man als acute, traumatische Hysterie bezeichnet hat. Er erinnert ferner daran, dass bei Paralytikern oft vor oder nach dem Anfall in einer Extremität gleichzeitig Parese und Reizerscheinungen vorhanden seien als Folge von pathologischen Vorgängen, die sich in der Hirnrinde abspielen, und weist darauf hin, dass er wiederholt bei alten Individuen, ohne dass ein vorangegangener apoplectischer Insult nachweisbar, ohne dass die Betreffenden die Störung wahrgenommen, eine deutliche Schwäche in einem Arm combinirt mit Tremor, constatirt habe; auch hier dürfte es sich um bestimmte Veränderungen in der Rinde handeln.

An letzter Stelle berichtet F. über mehrere Fälle, die den Symptomencomplex boten, den Oppenheim als Pseudoparalysis agitans bezeichnet hat. Die Beziehungen, die zwischen den früher mitgetheilten Fällen, wo Schwäche und Reizerscheinungen sich nur an verhältnissmässig kleinen Muskelgruppen constatiren liessen, und den Fällen von Pseudoparalysis agitans, endlich aber auch der typischen Paralysis agitans, bestehen könnten, wurden zum Schluss erörtert.

Der Vortrag ist in diesem Heft in extenso publicirt worden.

VIII. Dr. Edinger (Frankfurt a. M.): Ein Rückenmarks-Modell. E. demonstrirt ein unter seiner Leitung von Herrn Löw — Firma Jung in Heidelberg — angefertigtes Modell des Rückenmarkes und der Oblongata. Auf einem Stativ ist ein fast meterlanger Querbalken angebracht, der an der Stelle des Centralcanales liegend, vorn einen Oblongataschnitt, hinten einen Rückenmarksquerschnitt trägt. Beide sind von solcher Grösse, dass sie weithin demonstrirt werden können. Zwischen diesen Querschnitten sind die Leitungsbahnen durch verschiedenfarbig bemalte Drähte dargestellt. Ausserdem ist neben dem auf dem Rückenmarkquerschnitte angebrachten Wurzeleintritt noch ein solcher für die vorderen und hinteren Wurzeln freischwebend vorhanden. Es war so möglich, Vieles plastisch darzustellen, was sich dem Lernenden auf Schnitten nur schwer enthüllt. In der Oblongata haben die Kerne und ihre Verbindungen eingehende Berücksichtigung erfahren. Von früher angefertigten ähnlichen Modellen unterscheidet sich das vorgelegte dadurch, dass es nicht allein die Bahnen, sondern auch zwei Querschnitte bringt und so die Orientirung sehr wesentlich erleichtert. Der Vortragende empfiehlt das Modell zur Benutzung beim Unterricht.

II. Sitzung am Sonntag den 29. Mai, Morgens 9¹/₄ Uhr

unter Vorsitz von Prof. Schultze.

Nach Erledigung einiger geschäftlicher Angelegenheiten, wird als Versammlungsort für das nächste Jahr wiederum Baden-Baden gewählt. Die Geschäftsführung übernehmen die Herren:

Prof. Kraepelin (Heidelberg),
Director F. Fischer (Pforzheim).

Es folgen die Vorträge:

IX. Dr. Asch (Frankfurt a. M.): Vorstellung eines 11jährigen Knaben mit eigenthümlichen Veränderungen an den Endphalangen der Finger und Zehen.

Das Kind ist in Bezug auf Phthise hereditär belastet, der Vater starb 7 Monate nach dessen Geburt an den Folgen dieser Krankheit, desgleichen dessen Vater und 2 Brüder, die Mutter ist schwach auf der Brust und leidet häufig an Lungencatarrh; sämmtliche drei Geschwister leben, sind gesund und kräftig. Vater und Mutter sind nicht miteinander verwandt, angeblich keine Nervenkrankheiten in der Familie, keine Lues und kein Potus. Die Geburt des Kindes war eine leichte und natürliche, doch fiel sehr bald der eigenthümlich geformte dicke Kopf auf, und zwar um so mehr, da das Kind am ganzen übrigen Körper recht mager war; ausserdem wurden schon in den ersten Monaten nach der Geburt die eigenartig gebildeten Fingerspitzen bemerkt, die mit ihren verdickten Nagelgliedern in grossem Gegensatz zu den dünnen Fingerchen standen. Im 2. Jahre mehrmals Stimmritzenkrampf; das Kind lernte zur richtigen Zeit sprechen, aber erst mit 6 Jahren laufen, hatte

ein ganz gutes Gedächtniss, war aber stets eigensinnig und leicht weinerlich, ausserdem bei den kleinsten Anstrengungen leicht müde und abgesspannt; niemals Klagen über Kopfschmerzen. Die Milchzähne waren gezackt und brüchig und fielen ebenso wie die Zähne der 2. Dentition plötzlich aus, oder wurden von dem Kind aus den Alveolen, in denen sie ganz locker sassen, herausgehoben.

Status: Ziemlich gut entwickeltes Kind, an welchem sofort der quadratische, rachitisch-hydrocephalische Schädel auffällt, dessen grösster Umfang 54 Ctm. beträgt, die Glabellae sind vorspringend; Oberkiefer-, Jochbeinfortsätze, Protuberantia mentalis und occipital. ext. nicht vorspringend oder verdickt. Nase sattelförmig, nicht besonders breit, Ohren ziemlich gross (grösste Länge $6\frac{1}{4}$ Ctm., grösste Breite 3 Ctm., Masse beiderseits gleich), Ohrfläppchen nicht festgewachsen. Pupillen mittel- und gleichweit, reagiren gut auf Licht und Accommodation, ophthalmoskopisch nichts Abnormes, Augenmuskeln frei. Zunge in ihrer Masse nicht verdickt, auf der Oberfläche und an den beiden Seiten uneben und rissig, wird gerade hervorgestreckt. Gaumen und Zäpfchen normal. Am Kopf, Hals, Rumpf und den Extremitäten Haut überall normal, kein Oedem. Brustkorb sehr weit, Sternum nach links verschoben, an den Claviculae und Rippen keine Knochenverdickungen. Herzdämpfung beginnt im 3. Intercostalraum, geht rechts bis beinahe an den rechten Sternalrand, links $1\frac{1}{2}$ Finger breit über die Mammillarlinie hinaus, Spitzenstoss ein Finger breit ausserhalb der Mammillarlinie und im 6. Intercostalraum fühlbar; Puls klein; am ganzen Herzen besonders aber an der Pulmonalis ein deutliches, systolisches Geräusch, ausserdem Vibration des Thorax in der Gegend der Herzdämpfung. Lungengrenzen etwas nach unten vergrössert, leichte Dyspnoe; Leber nach unten wenig verbreitert, Bauch stark aufgetrieben.

Am rechten Triceps, rechten Deltoideus, den rechten Schulterblatt- und rechten Gesässmuskeln, sowie an den langen Rückenstreckern Muskulatur schlaff und atrophisch, galvanische und faradische Erregbarkeit etwas herabgesetzt, keine EaR; sonst an den Muskeln des Rumpfes, der oberen und unteren Extremitäten nichts Abnormes. Gang breitspurig, etwas spastisch, keine oder nur ganz schwache Beugung in den Kniegelenken. Patellarreflexe erhalten, kein Fussclonus. Beiderseits Plattfuss, Füsse 18 Ctm. lang. Endphalangen sämtlicher Zehen, besonders aber die der grossen und der zweiten Zehe aufgetrieben und in ihrem knöchernen Gerüst verlängert, Nägel zum Theil gewölbt und aufgetrieben, nicht rissig, aber an einigen Stellen Querriefung zu sehen.

Endphalangen der sämtlichen Finger, besonders aber die der beiden Daumen etwas vergrössert und verbreitert, auch hier die knöchernen Theile der letzten Phalangen verlängert; Nägel aufgetrieben, nicht rissig, sondern hart und fest und in der Breite ein wenig gerieft.

Die Hände und Füsse werden leicht bläulich verfärbt, erstere schwitzen leicht und sind meist kalt und feucht. Sensibilität (Nadelstiche) an den Fingerkuppen ein ganz klein wenig herabgesetzt, an den Zehen normal, nirgends

Störung der Temperaturempfindung. Eine grössere Ungeschicklichkeit der Finger und Hände ist niemals besonders aufgefallen, kein Tremor. Sprache langsam, aber ohne besondere Eigenthümlichkeiten.

Diagnose: Es handelt sich hier um einen Hydrocephalus congenitus, Vitium cordis, und zwar sehr wahrscheinlich eine congenitale Stenose der Pulmonalis, sowie eine Dystrophia muscul. progress. infantilis. Das Merkwürdigste und Dunkelste an dem Fall sind indessen die eigenartigen Veränderungen an den Endphalangen der Finger und Zehen; wegen dieser und der Rissigkeit der Zunge könnte man hier an beginnende Acromegalie denken; doch fehlen alle die anderen, zahlreichen Symptome dieser Krankheit; der Vortragende ist geneigt, die Veränderungen an den Fingern und Zehen für Stauungserscheinungen anzusehen, die in Folge der bestehenden und sehr wahrscheinlich angeborenen Pulmonalstenose und des congenitalen Hydrocephalus aufgetreten sein dürften; ausserdem ist hier die hereditäre phthisische Belastung besonders zu beachten. Nicht zu erklären sind indessen bei dieser Auffassung die in ihrem Knochengerüst verlängerten Endphalangen der Finger und Zehen, was ja gerade bei Acromegalie gefunden wird.

In der Literatur ist seines Wissens nur ein Fall von beginnender Acromegalie im Kindesalter bekannt; Fräntzel*) beschrieb bei einem 55jährigen Phthisiker die charakteristischen acromegalischen Symptome; der Fall endete letal, doch ergab die Autopsie in Bezug auf die Acromegalie nur negativen Befund. Von 2 Kindern dieses Kranken war das eine (jüngere) ganz gesund, das andere (ein 11 jähriges Mädchen) zeigte aber Symptome der beginnenden Acromegalie, und zwar nur an den Händen und Füßen; letztere waren verlängert, ausserdem scheinen, der beigefügten Abbildung nach zu urtheilen, die Enden der Finger und besonders die der Zehen verlängert und verbreitert gewesen zu sein.

Der vorgestellte Fall wird anderweitig ausführlich beschrieben werden.

X. Dr. Leopold Laquer (Frankfurt a. M.): Demonstration einer transportablen Batterie von 30 kleinen Accumulatoren für Galvanisation.

Als Ergebniss wiederholter Versuche, die kleinen Zellen-Accumulatoren, welche wenig Flüssigkeit brauchen, deswegen ziemlich gut transportabel sind, als Stromquelle für Galvanisation zu benutzen, bezeichnet der Vortragende die von Emil Braunschweig (Frankfurt a. M.) nach seinen Angaben hergestellte und am kranken sowie gesunden Menschen wiederholt erprobte Batterie. —

Die 30 Zellen-Accumulatoren sind in einem Hartgummikasten reihenweise à 10 Zellen untergebracht; jede Zelle besteht aus einer positiven und zwei negativen Platten, hat eine Spannung von 2 Volt, die 30 Zellen haben zusammen eine solche von 60 Volt. Um diese Spannung zu erzielen, gebraucht man gewöhnlich 50 gute Leclanché's oder 90—100 Siemens-Remak Elemente.

*) Deutsche medic. Wochenschr. 1888. No. 32. S. 652.

Der Batterie ist ein nach Edelm ann'schem Muster gefertigtes, absolutes Milli-Ampèremeter mit einem Messumfang von 5, 50 oder 500 M. A. beigegeben.

Damit man der Batterie stärkere oder schwächere Ströme entnehmen könne, besitzt dieselbe eine Stöpselung für Zellenabschaltung für 5, 15 oder 30 Zellen.

Zum Dosiren resp. Einschleichen des Stromes ist der Apparat mit zwei Nickelindraht-Regulirwiderständen versehen, welche zusammen einen Widerstand von 62,000 Ohm haben. Jeder der beiden Widerstände hat 50 Contacts, so dass z. B. bei Anwendung von 5 Zellen, 10 Volt in 100 Abstufungen eingeschlichen werden können.

Die Accumulatoren haben eine Aufspeicherungsfähigkeit von 1,5 Amp. Stunden oder 1500 Milli-Amp. Stunden, es können denselben also 5 Milli-Amp. 300 Stunden, 10 Milli-Amp. 150 Stunden u. s. w. entnommen werden, bis dieselbe entladen ist. Geladen kann dieselbe an jeder Beleuchtungsanlage mit Gleichstrom werden, und zwar durch Vorschalten einer geeigneten Glühlampe, welche einem jeden Apparat beigegeben wird. — Bei mässigem Gebrauch reicht die Batterie viele Monate aus.

XI. Prof. Schultze berichtet zunächst über einen Fall von Spasmen besonders in beiden *M. tensores fasc. latae* mit folgender starker Hypertrophie derselben bei einem jungen Manne, und sodann über einen eigenthümlichen jahrelang dauernden tonischen Krampf in der Ulnarmuskulatur bei einem zweiten Falle. Auch bei diesem Kranken war es zu einer ganz ungewöhnlichen Hypertrophie des Hypothenar und der Ulnarmuskeln am rechten Vorderarm gekommen.

Schliesslich berichtet derselbe Vortragende über einen eigenthümlichen Folgezustand, der sich bei einem kräftigen, weder hysterischen, noch hypochondrischen Manne nach einem Trauma eingestellt hatte, welches den linken Unterschenkel getroffen und zu einer Incision nach aussen von der Tibia auf der Vorderfläche des Unterschenkels Veranlassung gegeben hatte. Es bestand ausser der restirenden Narbe erhebliche Schmerzhaftigkeit beim Auftreten mit dem linken Fusse, starke Cyanose des Fusses und Unterschenkels, sowie Oedem, und schliesslich leichte Herabsetzung der Sensibilität am Unterschenkel, sowie ein tremorartiger Clonus im linken Quadriceps femoris. Der Vortragende weist die Diagnose einer Hysterie oder einer blossen Neurose überhaupt (abgesehen von dem Tremor) in diesem Falle ab, und nimmt eine Erkrankung der Arteria tibialis als Ursache für das „blaue Oedem“ an, da die Arteria dorsalis pedis auf der kranken Seite fast gar nicht pulsirte. Der Tremor des Quadriceps lässt sich nach Analogie des Tic convulsif im Anschluss an Narben und Verletzungen im Gesichte erklären.

Der Redner wendet sich in längerer Ausführung gegen die Verallgemeinerung des „Begriffes“ der Hysterie, wie sie besonders bei den französischen Autoren jetzt beliebt wird.

XII. Prof. Kraepelin (Heidelberg): Ueber die centrale Wirkung einiger Arzneimittel.

K. theilt das Endergebniss ausgedehnter Versuche über die psychische Wirkung einiger Arzneimittel mit. Die Methode der Untersuchung war im Wesentlichen diejenige der psychischen Zeitmessungen. Durch die Verfolgung des Ablaufes möglichst verschiedenartig zusammengesetzter Vorgänge wurde ermittelt, in welcher Weise die verschiedenen Seiten unseres Seelenlebens durch die einzelnen Arzneistoffe beeinflusst werden. Ganz allgemein stellte sich dabei ein gewisser Gegensatz zwischen der Auffassung und psychischen Verarbeitung äusserer Eindrücke einerseits, der Auslösung von Bewegungen andererseits heraus, insofern vielfach die Wirkung der untersuchten Mittel nach diesen beiden Richtungen hin verschieden ausfiel. Ueberall spielte ausserdem die Dosirung des Arzneistoffes eine grosse Rolle.

Beim Alkohol liess sich eine sehr rasch eintretende und erst nach längerer Zeit wieder verschwindende Verlangsamung der intellectuellen Vorgänge nachweisen; zugleich stellte sich eine höchstens 20—30 Minuten dauernde Erleichterung der Bewegungsauslösung ein, der sodann eine Erschwerung auf demselben Gebiete nachfolgte. Grössere Dosen bewirken früheres und ausgiebigeres Eintreten der Lähmungserscheinungen auch auf der motorischen Seite. Vortragender leitet aus diesen experimentellen Erfahrungen das bekannte psychische Bild der acuten Alkoholvergiftungen im Einzelnen ab und zeigt auch, wie gewisse Veränderungen in den associativen Vorgängen, das Auftreten von Stereotypen sowie von Klangassocationen, die Ardeutungen einer leichten Ideenflucht, wahrscheinlich als motorische Reizerscheinungen aufgefasst werden dürfen. In naher Verwandtschaft zur Alkoholwirkung steht diejenige des Aethers, des Chloroforms und Amylnitrits, wie an graphischen Darstellungen der Versuchsergebnisse nachgewiesen wird. Bei kleinen Dosen verbinden sich hier überall sensorische und intellectuelle Lähmung mit motorischer Erregung, bis mit wachsender Stärke der Vergiftung auch diese letztere in Lähmung übergeht. Das Amylnitrit zeigt die motorische Reizung am stärksten, die Bewusstseinstrübung am geringsten ausgeprägt. Noch mehr der psychischen Alkoholwirkung nähert sich diejenige des Paraldehyd; nur tritt hier die Bewusstseinstrübung sehr viel schneller und stärker hervor. Das Chloralhydrat dagegen bewirkt anscheinend bereits in kleinen Dosen Lähmung auf beiden Seiten unseres Seelenlebens.

Wesentlich anders gestaltet sich das psychische Bild der Vergiftung beim Thee. Hier stellt sich eine entschiedene und länger dauernde Erleichterung der sensorischen und intellectuellen Vorgänge ohne ausgeprägtere spätere Lähmungserscheinungen heraus. Die centrale Auslösung von Bewegungen wird wahrscheinlich ein wenig erschwert, der Ablauf der Muskelcontraction dagegen in Folge peripherer Einwirkung deutlich erleichtert. Das Morphium endlich zeigt ebenfalls eine anfängliche Erregung auf sensorisch-intellectuellem Gebiete, aber zugleich entwickelt sich eine fortschreitende centrale motorische Lähmung. Dieser letztere Zug ist allen denjenigen Giften gemeinsam, welche bei chronischem Missbrauche eine Charakterveränderung herbei-

führen. Alkohol, Aether, Chloroform, Chloralhydrat, Paraldehyd und Morphin erzeugen, wenn auch in verschiedener Stärke, diese dauernde Willensschwäche ebensowohl, wie die acute centrale motorische Lähmung. Der Thee mit seiner geringfügigen Beeinflussung der Bewegungsauslösung, die zudem vielleicht mehr Hemmungs- als Lähmungserscheinung ist, vermag wohl neurasthenische Störungen, niemals aber die ethische Degeneration zu bewirken, wie sie für das Bild dergenannten chronischen Vergiftungen so charakteristisch ist.

XIII. Dr. A. Hoche: Ueber die galvanische Reaction des Sehapparates.

Der Vortragende berichtet (ohne auf die einschlägige Literatur ausführlich eingehen zu können) über die Ergebnisse seiner am Sehapparat mit Hilfe des constanten Stromes vorgenommenen Untersuchungen.

Seine Absicht dabei hatte sich ursprünglich in zwei Richtungen bewegt: einmal, festzustellen, ob etwa bei Geisteskranken — speciell Gesichtshallucinant — Veränderungen der galvanischen Reactionen des Auges (analog denen am Acusticus bei Gehörhallucinant) zu finden seien, und zweitens: die galvanische Reaction bei organischen und functionellen Erkrankungen des Auges systematisch zu untersuchen, im Sinne der von Erb formulirten Forderungen.

Bei diesen Bemühungen ergab sich nun — ganz abgesehen von den namentlich bei Geisteskranken in der Sache selbst begründeten Schwierigkeiten — dass das bisher über die galvanische Reaction des normalen Sehapparates feststehende keine genügend breite und sichere Basis für die Beurtheilung abnormer Verhältnisse abgab.

Es fehlten vor Allem, trotz der Untersuchungen von Darier, und einzelner Angaben von Löwenfeld, Schwarz, v. Frankl-Hochwart u. a. m., die an einer genügend grossen Anzahl von Fällen festgestellten Normalwerthe, und die Kenntniss der physiologischen Schwankungen derselben, ebenso wie die Frage eine offene war, ob sich mit Hilfe absoluter Messungen eine Normalformel der galvanischen Lichtreaction — in Bezug auf das erste Erscheinen der einzelnen Phasen — würde herstellen lassen.

Nur mit diesen beiden Fragen beschäftigen sich die Mittheilungen des Vortragenden. Die Versuchsanordnung musste sowohl eine einheitliche, als auch eine einfache und übersichtliche sein, wenn sie eine practisch diagnostisch verwertbare werden sollte.

Als Reizelektrode diente eine, mit weichem Schwamme gefüllte, glockenförmige Elektrode von 10 Quadratcentimeter Querschnitt, die sich vermöge der Elasticität des Schwammes allen Bulbis gut anpasste; dieselbe wurde — zur Vermeidung der bei manueller Fixirung leicht entstehenden Druckphosphene — auf den geschlossenen Lidern mit Hilfe einer dunklen Binde fixirt, welche zugleich von dem nicht armirten Auge objectives Licht sicher fernhielt.

Die anfänglich geübte Befestigung der ca. 50 Quadratcentimeter grossen indifferenten Elektrode im Nacken wurde aufgegeben, weil der ungewohnte Reiz die Versuchspersonen bei der Beobachtung der Minima störte; die ab-

soluten Werthe fielen nicht wesentlich anders aus, wenn die grosse Elektrode in die Hand gegeben oder auf dem Sternum gehalten wurde.

Gemessen wurden die Ströme mit Hilfe eines Edelmann'schen Galvanometers, welches bis zu $\frac{1}{10}$ Milli-Ampère noch Hundertstel Milli-Ampère abzulesen gestattete.

Als minimal erregende Stromstärke wurde diejenige notirt, bei der die Untersuchten zuerst eine sichere, wenn auch äusserst geringe, optische Wahrnehmung angeben konnten.

In diesem Punkte zeigte sich besonders die Schwierigkeit dieser Untersuchungen, die in der grossen individuellen Verschiedenheit des psychischen Factors liegt — nämlich in der Verschiedenheit der Fähigkeit zur concentrirten Aufmerksamkeit und zur entoptischen Wahrnehmung überhaupt. Es schien, als ob für das Auge diese individuellen Differenzen weit grösser seien, als etwa beim Acusticus oder bei den sensibeln Hautnerven.

Es erscheint schon aus diesem Grunde Vorsicht geboten, wenn man die am Auge gewonnenen Resultate den an anderen Sinnen beobachteten Ergebnissen an die Seite stellen will.

Eine weitere Fehlerquelle ist die grosse Ermüdbarkeit bei entoptischen Beobachtungen, namentlich bei nervösen Individuen.

Eine — allerdings gesetzmässige — Quelle für Beobachtungsfehler ist die, dass die Minimalwerthe etwas anders ausfallen, wenn man den Strom von Null bis zur Reizschwelle steigert, als wenn man dieselbe durch Abschwächung stärkerer Ströme erreicht; die Werthe sind im letzteren Falle etwas kleiner.

Bei Berücksichtigung aller dieser Factoren erweist sich schliesslich von zahlreichen untersuchten Personen nur eine gewisse Anzahl brauchbar; von diesen erhält man aber dann Werthe, die allen Mitteln der Controle Stand halten.

Das Minimum der galvanischen Lichtempfindung überhaupt tritt nun an gesunden Augen — (Sehschärfe = 1; keine Refractions- oder Hintergrundanomalien) — auf bei Stromstärken, die von $\frac{1}{50}$ bis $\frac{1}{5}$ Milli-Ampère schwanken, so zwar, dass die meisten Augen zuerst bei $\frac{1}{20}$ bis $\frac{1}{10}$ M.-A. reagiren. Bei diesen Schwankungen ist nun der gesammte nervöse Habitus des Individuums von der grössten Bedeutung, so dass die kleinsten Werthe auf neurasthenische, hysterische, überhaupt sehr „sensible“ Individuen entfallen — vielleicht ein Hinweis darauf, dass es überhaupt die gesteigerte Empfindlichkeit der centralen Sinnesflächen, nicht die des peripheren Organes ist, welche diese Differenzen bedingt.

Die Uebung hat nun auf die Minimalwerthe, wenn einmal eine gewisse Grenze erreicht ist, keinen wesentlichen Einfluss mehr, eine Thatsache, welche vielleicht Darier zur Aufstellung seiner „primären“ und „secundären“ Erregbarkeit veranlasst hat.

Von den zwei Augen eines Individuums, die beide $S = 1$ besitzen, reagirt nun häufig dasjenige bei geringeren Stromstärken, welches gewohnheitsmässig (etwa beim Mikroskopiren oder durch anderweitige entoptische Beobachtungen oder wegen Refractionsanomalien des anderen Auges) mehr

beim Sehen in Anspruch genommen wird. — Mit zunehmendem Alter scheint die galvanische Empfindlichkeit zu sinken.

In Bezug auf das zeitliche erstmalige Erscheinen der Lichtempfindung bei den einzelnen Stromphasen ist zu bemerken, dass bei der Mehrzahl der Untersuchten die erste Empfindung eintritt bei Anodenschliessung, manchmal gleichzeitig bei Anodenschliessung und Kathodenöffnung, dass in der Regel zuletzt erscheint die Anodenöffnungsempfindung, während Kathodenschluss in der Mitte steht, dass ferner bei den meisten Individuen — nach der Quantität der Lichtmasse beurtheilt — bei allen Stromstärken Anodenschluss die wirksamste Phase darstellt. Die Formel stellt somit fast genau die umgekehrte Anordnung dar, wie an anderen Nerven, und es lässt sich mit Hilfe der absoluten Werthe eine zahlenmässige Bestätigung der von Schwarz ausgesprochenen Ansicht erbringen, dass die Anodenschliessung für das Auge, der Kathodenschliessung für die motorischen Nerven entspricht.

Diese Erscheinung findet ihre wahrscheinlichste Erklärung in dem Auftreten virtueller Elektroden am hinteren Augenpole.

Für Anoden- und Kathoden-Dauer-Empfindung haben sich absolute Werthe nicht finden lassen.

Ueberhaupt ist die Hoffnung gering, bei den verwickelten Verhältnissen in der Anordnung der Retinalelemente, für das Auge eine ebenso exacte Normalformel herstellen zu können, wie etwa für die sensiblen Hautnerven.

XIV. Prof. J. Hoffmann (Heidelberg): Ueber familiäre progressive spinale Muskelatrophie.

Unter 14 Kindern einer Familie boten von 6 gleichartig erkrankten die zwei zur ärztlichen Beobachtung gekommenen, unter 6 Kindern einer 2., mit der vorigen nicht verwandten Familie zwei folgendes Krankheitsbild; In dem 1. Lebensjahre stellte sich subacut oder chronisch Lähmung der Becken-, Rücken- und Oberschenkelmuskeln ein, wodurch die bis dahin in diesen Theilen normal ausgeführten Bewegungen auf ein geringes Mass beschränkt wurden und mit der Zeit so gut wie ganz aufhörten. Nach verschieden langer Zeit wurden die Muskeln des Halses, des Schultergürtels, der Oberarme, Vorderarme bis incl. der Hände, ferner der Unterschenkel ebenfalls von der Krankheit ergriffen, aber nicht so stark und im Ganzen die dem Stamm näher gelegenen Muskeln in höherem Grade; die Willkürbewegungen wurden matt und zum Theil unmöglich. Degenerative Atrophie der Muskeln mit EaR, erstere in manchen Fällen durch reichliche Fetteinlagerung im Unterhautzellgewebe verdeckt, schloss sich an oder ging mit der Lähmung Hand in Hand. In keinem der Fälle war Pseudohypertrophie vorhanden. Sehnenreflexe erloschen, so weit die Lähmung reichte, nur der Unterkieferreflex war erhalten. Die Hautreflexe fehlten; keine fibrillären Zuckungen, keine Druckempfindlichkeit der Nerven und der Muskeln. Die Sphincteren stets intact. Schmerzen waren in einzelnen Fällen vorhanden, fehlten in anderen stets. Die Sensibilität bei

objectiver Prüfung intact. Der Verlauf war in allen symmetrisch, chronisch, progressiv. Der Tod erfolgte ausnahmslos innerhalb des 1.—4. Krankheitsjahres; ein höheres Alter als 5 Jahre erreichte bis jetzt keins der erkrankten Kinder. Herbeigeführt wurde der Tod durch Lähmung der Athemmuskulatur mit secundärer Lungenaffection. — Die Gesichts-, Zungen-, Kehlkopf- und Schlundmuskeln blieben überall frei. Die höheren Sinne normal; keine Gehirnerscheinungen. — Keine gleichen oder überhaupt Nervenkrankheiten in der Ascendenz.

Vortragender bespricht kurz die Differentialdiagnose mit der Poliomyelitis anterior acuta, mit welcher Krankheit im Beginn des Leidens am ersten noch eine Verwechselung möglich ist, ferner mit der progressiven neuralen oder neurotischen Muskelatrophie, sodann mit der Dystrophia muscular. progressiva, besonders dem „Typus Leyden-Möbius“ u. s. w. Endlich hebt er die Verschiedenheiten und die Berührungspunkte mit den verschiedenen Formen der spinalen chronischen Muskelatrophien hervor und kommt zu dem Schlusse, dass es sich dem klinischen Bilde nach in obigen Fällen um eine spinale Muskelatrophie handle mit progressivem chronischen Verlaufe. In erster Linie komme eine Erkrankung der grauen Vordersäulen des Rückenmarks, eine sogenannte Poliomyelitis anter. chronica in Betracht.

Das eine der Kinder ist vor Kurzem gestorben und wurde von dem Vortragenden secirt. Dabei ergab sich makroskopisch eine sehr starke degenerative Atrophie der erkrankten Muskeln, welche zum Theil fast völlig verfettet waren, ohne jedwede Zeichen von Pseudohypertrophie. Die peripheren Nerven sahen weiss, nicht entzündlich verändert aus. Die vorderen Rückenmarkswurzeln durchweg sehr dünn und beträchtlich degenerirt; die hinteren Wurzeln normal. Mittelst der Nissl'schen Methode wurden auch Veränderungen der Vorderhornanglienzellen constatirt. Die eingehende Untersuchung kann erst nach genügender Härtung des Nervensystems und der Muskeln vorgenommen werden.

Im Anschluss an diese Mittheilung kommt der Vortragende auf die beiden von Werdnig vor einem Jahre publicirten Fälle zu sprechen, welche in allen wesentlichen Punkten mit seinen Beobachtungen übereinstimmen, ausserdem aber noch fibrilläre Muskelzuckungen und Bulbärscheinungen boten. Dieses Mehr von Symptomen genügt nach H. nicht, seine Fälle von den Werdnig'schen zu trennen, er ist vielmehr der Ansicht, dass es sich um ein und dieselbe Krankheit handle. Werdnig fand in einem seiner Fälle systematische Erkrankung der grauen Vordersäulen unter Bethheiligung der Vorderseitenstränge mit Degeneration der vorderen Wurzeln und Muskelatrophie. Mit Werdnig stimmt Vortragender darin überein, dass eine primäre Erkrankung der motorischen Bahnen vor Allem der Vorderhörner des Rückenmarks die Ursache der Krankheit sei, kann sich dem Autor aber nicht anschliessen, wenn er die Fälle als eine Form der Dystrophia muscular. progressiva, als den „Typus Leyden-Möbius“ auf neurotischer Basis auffasst. Man habe vielmehr eine von der Dystrophia muscularis progressiva ganz verschiedene

Krankheit vor sich. (Ausführliche Mittheilung erfolgt nach abgeschlossener anatomischer Untersuchung.).

XV. Dr. G. Aschaffenburg (Heidelberg): Ein Beitrag zur Lehre vom Collapsdelir.

In seiner Arbeit: „Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten“ fasste Kraepelin alle nach acuten Krankheiten entstehenden Psychosen im Gegensatz zu den Initial- und Fieberdelirien unter dem Namen der asthenischen Psychosen zusammen, ein Name, der wie Mayser's *acutes asthenisches Delirium* und v. Voigt's *Erschöpfungspsychosen* das ätiologische Moment betont. Erst in seinem Lehrbuch sonderte Kraepelin aus der Gruppe der Erschöpfungspsychosen das Collapsdelir als selbstständige Form ab. Unter diesem Namen hatte 1866 ein interner Kliniker Herman Weber in London sieben Fälle acuter Psychosen beschrieben, die sich nach acuten Krankheiten aber erst mit, resp. nach dem Temperaturabfall einstellten. Das Delirium nannte er ein maniakalisches, mit Phantasien ängstlicher Art und Hallucinationen. In seinen Fällen war das Delirium schon nach 8—48 Stunden abgelaufen. Es wäre doch von der grössten praktischen Bedeutung, wenn es gelingen könnte, die Selbstständigkeit dieses in seiner Prognose so sehr von allen ihm ähnlichen Krankheitsbildern verschiedenen auf der einen Seite zu sichern und andererseits die Symptomatologie soweit zu studiren, dass die Diagnose jederzeit aus dem Krankheitsbilde gestellt werden könnte.

A. schildert das Collapsdelir so, wie es sich an sechs im letzten Jahre in der Heidelberger psychiatrischen Klinik beobachteten Fällen darstellt.

Das Collapsdelir bricht als Folge schwerer, den Organismus schädigender Einflüsse aus, meist nach acuten Krankheiten, nach Puerperien u. s. w. In kürzester Frist erreichen die Erscheinungen einen hohen Grad. Die Kranken befinden sich in anhaltender motorischer Erregung. Ihre unaufhörlichen Reden sind ausgesprochen ideenflüchtig. Ein Gedanke wird kaum erfasst, von einem anderen verdrängt, vom Hundertsten kommen sie in's Tausendste, Reime, Alliterationen, Citate, rhythmisches skandirendes Sprechen sind sehr häufig. Dabei sind die Kranken vollständig verwirrt. Ihre Aufmerksamkeit ist nur auf seltene Momente zu erregen, nicht aber zu fixiren, dementsprechend verrathen ihre Antworten stets die mangelnde Auffassung des Gesprochenen.

Die Stimmung ist eine wechselnde, meist heitere, je nach dem Inhalt der Hallucinationen aber auch zuweilen sehr ängstlich. Neben zahlreichen Hallucinationen aller Sinne, besonders des Gesichts und Gehörs bestehen Illusionen.

Bei mangelndem Schlaf und unregelmässiger Nahrungsaufnahme sinken die Körperkräfte immer mehr. In seltenen Fällen erfolgt der Tod im tiefsten Collaps. Meist aber endet der anscheinend so schwere Zustand ganz plötzlich, seltener nach wenigen Stunden, meist nach einigen Tagen, zuweilen erst nach mehr als 2 Wochen. Die Kranken werden plötzlich klar, orientiren sich, die

Hallucinationen, die Verwirrtheit ist verschwunden. Einige Male wurde ein kurzes Reactionsstadium leicht gehobener oder querulirender, reizbarer Stimmung beobachtet, endlich kann auch der Uebergang zur Genesung durch ein Stadium der acuten Demenz erfolgen. Die Heilung ist eine vollständige, defectlose.

Am meisten Aehnlichkeit bildet das Krankheitsbild des Collapsdelirs mit dem Delirium tremens, eine Schwierigkeit, die Rose in seinem Delirium tremens und Delirium traumaticum vergeblich zu umgehen sucht und die ihn schliesslich dazu nöthigt, dass Delirium tremens das Inanitionsdelir der Säuffer zu nennen.

Differentialdiagnostisch kommt in erster Linie der Grad der Bewusstseinsstörung in Betracht. Der Alkoholist vermag wenigstens den Sinn der Fragen und Aufforderungen zu erfassen, sogar bis zu dem Grade, dass die Erregung von Hallucinationen besonders im Gefühlssinn möglich sind. Im Collapsdelir ist die Verwirrtheit eine weit tiefere.

Das zweite Moment ist die typische Ideenflucht, die dem Bilde des Delirium tremens fremd.

Die Stimmungslage des Collapsdeliranten steht im besseren Einklange mit seinen Hallucinationen wie beim Delirium tremens, der Tremor des ersteren ist ein gröberer, mehr stossweise erfolgender, der Bewegungsdrang des Alkoholisten hat ein mehr geordnetes, zielvolles Wesen, meist im Sinne des Beschäftigungsdelirs, endlich werden noch andere Zeichen des Alkoholismus die Diagnose im einzelnen Falle erleichtern.

Der schwere Wuthparoxysmus des Epileptikers unterscheidet sich durch die elementare Brutalität des Tobens, die stiere Benommenheit, das Fehlen des Bewegungsdranges und vor Allem der Ideenflucht, das postepileptische rännirende Delirium durch den eigenartigen Bewusstseinszustand, die scheinbare Besonnenheit bei der tiefen Bewusstseinsstörung und auch hier wieder als wichtigstes durch das Fehlen der Ideenflucht.

Sehr schwierig kann die Differentialdiagnose mit dem Tobsuchtsanfall der Dementia paralytica werden. Hier muss auf das Vorhandensein von Grössenideen in den ideenflüchtigen Reden geachtet werden. Dann ist der Bewegungsdrang des Paralytikers noch einförmiger und elementarer. Fauchen, Zischen, stundenlanges Tanzen oder Händeklatschen u. dergl. sprechen mehr für Paralyse. Hallucinationen beherrschen das Bild weniger wie beim Collapsdelir. Ferner muss auf Andeutungen von Sprachstörung, Pupillendifferenz und mangelnde Reaction geachtet werden. Steigerung der Reflexe, selbst Fusselonus sprechen weder für noch gegen Paralyse.

Auf die Differentialdiagnose der Manie geht A. nicht ein, weil er glaubt, dass Hallucinationen, wie der Melancholie, auch der Manie nicht angehören.

Die Amentia entsteht mehr auf Grund chronischer, oft constitutioneller Schädigungen und trägt demgemäss gegenüber dem Collapsdelir mehr den Charakter der chronischen Affection. Ideenflucht tritt bei der Amentia nicht bei so tiefer Verwirrtheit ein, ebenso tritt der manische oder rännirende Zug erst bei grösserer geistiger Klarheit auf. Remissionen sind häufig. Endlich

ist der Ernährungszustand beim Collapsdelir, also der prognostisch günstigeren Krankheit ein schlechterer, der acuten Aetiologie entsprechend, als bei der Amentia.

Die Amentia steht in der Mitte der Erschöpfungspsychosen, deren schwerste Form die acute Demenz ist. Dementsprechend wird es eine Reihe von Uebergangsfällen geben müssen; trotzdem wird weiteres detaillirtes Studium Anhaltspunkte zur frühzeitigen Diagnose geben können.

Die Therapie muss sich vor Allem gegen den Kräfteverfall richten. Zeigen die täglichen vorzunehmenden Wägungen ein Sinken des Körpergewichts, so muss zur Sondenfütterung gegriffen werden. Als Getränk empfiehlt sich Milch, der man unbedenklich Cognac zusetzen kann. Der Alkohol wirkt gleichzeitig als Schlafmittel, von dem höchstens Paraldehyd in Frage kommt, Morphium, Chloral, Opium aber als Herzgifte contraindicirt sind.

Warme prolongirte Bäder wirken sehr gut gegen die motorische Erregung.

Bei der Kürze des Verlaufes werden die meisten Fälle so schnell vorübergehen, dass es zu einer Verbringung in die psychiatrische Klinik nicht kommen wird. Es wird daher nur dann möglich sein, über das Collapsdelir und seine Symptomatologie nach allen Richtungen hin Klarheit zu verschaffen, wenn interne Kliniker und Psychiater in dieser Frage Hand in Hand gehen.

XVI. Dr. Gierlich (Wiesbaden): Ueber Gliose bei Gehirn-erweichung.

Seitdem der „Gehirnbrand“ in die Prozesse der Encephalitis und Encephalomalacie unterschieden ist, wurde erstere in Bezug auf Aetiologie, Verlauf und Ausgang genau erforscht und studirt, während die Arbeiten über Encephalomalacie meist nur den ätiologischen Factor berücksichtigen. Vortragender möchte daher über einen Fall von Encephalomalacie berichten, der eigenthümliche Veränderungen der Neuroglia aufwies. Das Material entstammt der Heidelberger Irrenklinik (Prof. Fürstner).

62 Jahre alter Tagner.

Keine hereditäre Belastung. Syphilis? Potator strenuus.

Krankheitsanfang December 1886 mit Kopfschmerz, Unsicherheit auf den Beinen, Verschlechterung im Sehen, Sprachstörung.

Nach 3 Wochen Besserung. Im November 1887 Rückfall: Hemianopsie rechts, amnestische Aphasie, Worttaubheit, Paragraphie, Paralexie. Exitus am 4. November 1889 an Miliartuberculose.

Pathologischer Befund: Erweichungsherd am Boden des linken Hinterhaupt- und Schläfenlappens; ferner in den Stammganglien multiple kleine, zackige Erweichungsherde, mit fächerigem Maschenwerk gefüllt.

Nach der Erhärtung in Müller'scher Flüssigkeit zeigten sich die Randpartien der erweichten Stelle heller gefärbt, als das übrige Gewebe in einer Dicke von 1—4 Mm.

Die mikroskopische Untersuchung ergab in der erweichten Partie zwei verschiedene Gewebsarten:

I. Anstossend an das normale Gewebe die Gliazellen vergrössert, protoplasmareicher, mit zwei und mehr Kernen, vielen Fortsätzen, die sich verfilzten. Dazwischen waren spärlich Nervenfasern eingelagert.

II. Mehr peripherewärts ein sehr zellenreiches Gewebe. Die Zellen waren rund, oval, eckig, mit ein bis vier meist wandständigen Kernen, leicht gekörntem Protoplasma. Die Grösse derselben war theils die einer Wanderzelle, theils überstieg sie dieselbe um das Vierfache. Diese Zellen waren nun durchweg angefüllt mit grobkörnigem Pigment. Sie lagen maschenweise in Gefässschlingen.

Aehnliche Bilder sieht man bei Gliosarcomen, doch glaubt Vortragender mit Sicherheit einen derartigen Tumor, der in Zerfall begriffen, hier ausschliessen zu können. Denn einmal zeigen kleine Herde, die durch eine Brücke gesunden Gewebes von dem grossen Herde getrennt sind, dieselben Veränderungen. Sodann sind bei genauerer Beobachtung auch in den zahlreichen kleinen erweichten Stellen der Stammganglien sowohl gewucherte Gliazellen, deren reichliche Fortsätze ein Filzwerk bilden, als auch eine Anhäufung der oben beschriebenen Zellen aufzufinden.

Es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass es sich um einen Erweichungsherd handelt, an dessen Rande die Neuroglia in excessiver Weise gewuchert ist. Die vorliegenden Befunde haben eine gewisse Aehnlichkeit mit den als Gliose beschriebenen Veränderungen. (Vorzeigung der mikroskopischen Zeichnungen und Präparate.)

XVII. Prof. J. Steiner: Ueber multiple Hirnnervenläsion chemisch-traumatischen Ursprungs.

Es handelt sich um eine junge Dame von 20 Jahren, welche seit ihrer Jugend tuberculöse Drüsen an der rechten Halsseite hatte und deren Entfernung auf operativem Wege abgelehnt wurde. Deshalb versuchte man von chirurgischer Seite die Entfernung durch intraparenchymatöse Injectionen einer Flüssigkeitsmischung von Jodoform, Glycerin und ameisensaurem Natron, wovon je in 14 Tagen 2 Spritzen voll injicirt wurden, und zwar eine Spritze in das Drüsenpacket, welches rechts unmittelbar vor dem Ohre lag und eine zweite Spritze in das Packet, rechts unterhalb des Ohres gelegen, das sich in die Halsgend fortsetzte.

Auf diese Weise waren fünf Sitzungen glücklich vorübergegangen bis bei der 6. Sitzung plötzlich eine sehr ängstliche Scene eintrat, in der namentlich Athemnoth eine hervorragende Rolle spielte. Als der Sturm vorüber war, zeigten sich Störungen im Bereiche mehrerer Hirnnerven, welche 14 Tage nach dem Ereignisse zu meiner Beobachtung kamen.

Das war am 22. April 1891, und die unglückliche Injection hatte am 13. April stattgefunden.

Ich fand Lähmung des oberen und mittleren Facialisastes; die Muskeln im Gebiete des unteren Astes functionirten normal. Die Zunge wurde schief hervorgestreckt und wich nach der rechten Seite ab. Folge dieser rechts-

seitigen Zungenlähmung waren Beschwerden beim Kauen und Schlucken. Die Stimme war tief heiser, die Besichtigung des Kehlkopfes ergab eine rechtsseitige Stimmbandlähmung. Die Empfindungen der Zunge und Mundhöhle sind durchaus intact.

Dagegen erscheint auch der *N. laryngeus superior* afficirt, denn Schluckbewegungen sind auf der rechten Seite durch Reizung dieses Nerven nur sehr schwer auszulösen. Ich vermüthe, dass auch die eigentlichen Athmungsäste des *Vagus*, sowie jener des Herzens lädirt waren, doch musste die Prüfung der Aengstlichkeit der Patientin wegen unterbleiben.

Sämmtliche der Untersuchung zugänglichen Muskeln zeigten totale Entartungsreaction.

Durch den Unfall waren also betroffen die beiden oberen Aeste des *Facialis*, der *Hypoglossus*, der *Laryngeus superior* und *inferior*, sämmtlich auf der rechten Seite.

Prognostisch urtheilte ich nach dem Schema der schwersten Form der rheumatischen *Facialis*lähmung.

Am 24. April begann die galvanische Behandlung der gelähmten Muskeln in der üblichen Weise, welche bis zum 31. Juli mit kurzen Unterbrechungen fortgesetzt wurden, wöchentlich 4—5 Mal.

Am 18. September sah ich die Patientin wieder und konnte eine deutliche Besserung constatiren. In der Ruhe sieht man von der Gesichtsstörung nur sehr wenig; das Auge schliesst ziemlich gut, Rümpfen der Nase und Bewegung des Mundwinkels besser. Die Stimme ist fast ganz klar, Schluckbeschwerden sind nicht mehr vorhanden. Die Zunge wird noch etwas schief hervorgestreckt und man sieht den lateralen Streifen der rechten Zungenhälfte deutlich atrophisch. Elektrisch findet man noch totale Entartungsreaction, nur scheint die Zuckung nicht mehr so träge zu sein.

Am 28. April 1892 habe ich die Dame nochmals gesehen. Der Zustand war ähnlich wie bei der letzten Besichtigung, nur konnte festgestellt werden, dass der *Laryngeus superior* sich vollkommen restituirt hatte.

Zugleich fand sich elektrisch das eigenthümliche Verhalten, dass während die Stirnmuskeln auf indirecte Reizung jetzt reagirten, sie die directe galvanische Erregung nicht beantworteten, was im September des vorausgegangenen Jahres noch deutlich geleistet wurde.

Im Ganzen war also das Resultat dies, dass die beiden *Vagus*äste die *Nn. laryngeus superior* und *inferior* völlig restituirt wurden, während für *Facialis* und *Lingualis* die Restitution eine partielle geblieben war.

XVIII. Dr. Gilbert beschreibt zwei Fälle von Polyneuritis.

Der eine bietet das klinische Bild der infectiösen, der andere das der toxischen Form dar.

Der erstere betraf einen Herrn von 55 Jahren, der in directem Anschlusse an eine äusserst heftige Gemüthsbewegung an einer unter dem Bilde einer *Peliosis rheumatica* und mit den Begleiterscheinungen einer heftigen Infectiouskrankheit auftretenden acuten multiplen Neuritis erkrankte.

Bemerkenswerth waren bei diesem Falle die ganz enormen Atrophien verbunden mit colossaler Gewichtsabnahme (der über mittelgrosse und kräftig gebaute Mann wog nur $37\frac{1}{2}$ Kilgrm.) und die fieberlose Exacerbation nach einem Schnupfen, welcher innerhalb einiger Stunden durch Lähmung der Athmungscentren den letalen Ausgang herbeiführte.

Der zweite Fall ist der einer Dame, welche einen Selbstmordversuch mit „Schweinfurter Grün“ machte, was eine äusserst heftige Polyneuritis zur Folge hatte.

Interesse bietet der Fall durch das gänzliche Fehlen von Atrophien und durch den Umstand, dass alle Symptome intensiver auf der einen Körperhälfte auftraten.

In beiden Fällen war die objective Sensibilitätsstörung trotz der Schwere der übrigen Symptome sehr gering, was für die Ansicht Barr's spricht: dass den betreffenden ätiologischen Agentien eine „selective Kraft“ inne- wohne, welche in den gleichen Nervenbahnen motorische Fasern mehr ergreife und sensible verschone.

XIX. Dr. Thomsen (Bonn): Zur Casuistik des Kopftrauma.

Der Vortragende berichtet kurz über folgenden Fall: Ein Melancholicus schoss sich eine Revolverkugel (7 Mm.) gegen die rechte Stirnhälfte. Keine Fractur, keine Localerscheinungen, Abends Delirien. Dann gutes normales Befinden.

Am 5. Tage plötzlich eine Serie echter epileptischer schwerer Anfälle ohne localen Charakter, doppelseitig.

Rasche Erholung bis zum 11. Tage, wo ein schweres Coma mit 42 Puls- schlägen eintritt, gleichzeitig Lähmungs- und Reizerscheinungen der ganzen linksseitigen Körperhälfte. Am 12. Tage Fortdauer des Comas, dieselben halbseitigen Erscheinungen, aber rechts. Am 13. Tage Somnolenz, wieder mit halbseitigen Lähmungs- und Reizsymptomen, dann rasche Rückkehr zu normalem Verhalten und völliger Genesung. Patient ist noch jetzt ganz gesund.

Vortragender weist hier auf das Missverhältniss zwischen Verletzung und Krankheitsbild, auf die Unvereinbarkeit der Annahme einer anatomischen Läsion (Blutung) mit dem wechselnden Verhalten und dem zeitlichen Auftreten der Symptome, so dass an der durch den Ausgang bestätigten Diagnose einer functionellen Erkrankung bei einem nervös prädisponirten Individuum festgehalten werden musste.

XX. Dr. Leop. Laquer (Frankfurt a. M.): Ueber eine besondere Form von Parästhesien der Extremitäten.

Der Vortragende berichtet über eine Reihe von Beobachtungen, die er schon seit vielen Jahren gemacht hat: Anfälle von Taubsein und Starrwerden der beiden Hände und Vorderarme. Die sehr quälenden brennenden und stechenden Sensationen beschränken sich nicht auf ein bestimmtes Nerven- gebiet, sondern sind diffus über die ganze Hautoberfläche verbreitet und

steigern sich in charakteristischer Weise in der Nacht zu einem heftigen Schmerze, welcher den Patienten sehr häufig den Schlaf raubt. Sie treten spontan oder nach schwerer Arbeit oder auch nach gewissen thermischen Reizen auf. Objective Anästhesie. Druckschmerzhaftigkeit des Plexus und Nervenstämmе, Motilitätsstörungen, elektrische Anomalien und eigentlich vasomotorische Phänomene fehlen dabei gewöhnlich. Bei den zwölf Fällen, die L. zu meist bei Frauen gesehen, bestand weder eine hypochondrische, noch eine hysterisch-nervöse Anlage, noch konnten die Sensationen als Vorläufer eines Centralnervenleidens (Pachymeningitis cervical., Syringomyelitis oder multiple Neuritis) gelten. Der Vortragende ist geneigt, die geschilderte Sensibilitätsneurose als „Erschöpfungs- (Beschäftigungs) Neurose“ solcher Frauen, die sich viel mit Hand- oder Hausarbeit beschäftigen, und bei denen eine gewisse anämische Constitution vorherrscht, aufzufassen. Die Erkrankung ist eine ausserordentlich hartnäckige; doch haben in einzelnen Fällen Galvanisation oder Bäderbehandlung auch Aetherspray am Rücken Heilung oder Besserung gebracht. Der Vortragende geht auf analoge Beobachtungen Saundby's, Berger's, Rosenbach's näher ein: erwähnt am Schlusse seiner Mittheilungen, dass Prof. Schultze (Bonn), wie er erst heute erfahren, schon vor Jahren, für die Neurologenversammlung einen Vortrag über „Acroparästhesien“, eine Krankheitsform, die der geschilderten völlig zu entsprechen scheint, angemeldet habe.

Prof. Schultze bestätigt dies in der Discussion und weist auf die Dissertation Mohr's hin, die unter seiner Leitung geschrieben worden sei und dieselben Erscheinungen, die L. ganz unabhängig von den seinigen beobachtet habe, betreffe.

Dr. Windscheid (Leipzig) erwähnt im Anschluss an Laquer's Mittheilungen eine ähnliche Beobachtung. Bei einem 12jährigen Mädchen traten anfallsweise, namentlich Nachts, in den Fingerspitzen beginnend, sehr lebhaft kribbelnde Empfindungen auf; die Anfälle liessen sich durch Anwendung von kaltem Wasser coupiren. Die Deutung des Falles war ihm damals unklar geblieben; er glaubt, ihn jetzt Laquer's Fällen anreihen zu sollen.

Schluss der XVII. Versammlung Mittags 12¹/₄ Uhr.

Frankfurt a. M. und Strassburg i. E., im Juli 1892.

Dr. Leop. Laquer. Dr. A. Hoche.
