

# X.

Aus der medicinischen Klinik des Herrn Professor  
Dr. H. Eichhorst in Zürich.

## Ueber Syringomyelie.

Von

**Stephan Dimitroff,**

Mustafa-Pascha, Wilajet Adrianopel, Türkei.

(Hierzu Tafel XII. und XIII.)

(Fortsetzung und Schluss zu Bd. XXVIII. Heft 2. S. 582.)

### Gruppe I.

201 Fälle — rein klinisch (darunter 4: No. 43, 199, 200, 201 mit tödtlichem Ausgang,  
jedoch ohne jeglichen anatomischen Befund).

Io.	Autor.	Klinische Symptome.
1.	Bernhardt, Berl. Ges. für Psych. u. Nervenkr. Sitz. vom 13. Juni 1887. Neur. Centralbl. 1887. p. 307.	40jährige Frau. Motorische Schwäche des linken Armes. Die linke Hand zeigt Ulcerationen, Analgesie des ganzen Armes.
2.	Rosenbach, G., Zur Diagnose der Syringomyelie. Petersb. med. Wochenschr. 1887. No. 9. (Ref. Centralbl. f. med. Wiss. 1888. p. 411).	31jähriger Bauer. Atrophie der kleinen Handmuskeln, rechts stärker als links. Analgesie und Herabsetzung des Temperatursinns beider Oberextremitäten. Trophische Störungen.
3.	Roth, Wlad., Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose medull. Arch. de neur. 1887. Vol. XIV. No. 42. 1888. Vol. XV. No. 44 und 45. Vol. XVI. 46—48. (Ref. Neur. Ctrbl. 1889. p. 233.) Beob. I.	27jähriger Bauer. Trophische Störungen, Muskelatrophien der rechten oberen Extremität. Thermoanästhesie auf der linken Körperhälfte. Analgesie der linken Seite. Entwicklung der Krankheit seit ca. 3 Jahren.
4.	Derselbe. Beob. II.	22jähriger Bauer. Trophische Störungen der Haut, Atrophie der Muskeln der Oberarme. Motilitätsbeschränkungen. Fibrilläre Zuckungen, Sensibilitätsstörungen auf die oberen Extremitäten beschränkt, Schmerzen verschiedener Art, vorwiegend in den anästhet. Gebieten. Die Thermoanästhesie in den unteren Extremitäten. Entwicklung der Krankheit seit 3 Jahren.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
5.	Derselbe. Beob. III.	54-jähriger Mann. Neuropathische Belastung, in der Jugend Syphilis. Entwickl. der Krankheit seit 2 Jahren. Sensibilitätsstör. verschiedenster Art. Analgesie u. Thermoanästhes. Beginn d. Krankh. vor 2 J. unter Schmerzen d. r. oberen Extremität
6.	Derselbe. Beob. IV.	27-jähriger Mann. Atrophie des rechten Thenars und Hypothenars, Schmerzen in der rechten oberen Extremit. Hyperästhesien. Hypalgesie und Thermhyperästhesie der rechten oberen Extremität.
7.	Derselbe. Beob. V.	30-jähriger Mann, seit 9 Jahren langsam zunehm. Krämpfe in linken Index, Schwäche der Motilität im kleinen Finger. Atrophie der kleinen Handmuskeln. Thermhyperästhesie auf der ganzen Oberfläche des Körpers. Schmerzen, Sensibilitätsstör. Trophische Störungen der linken Hand. Muskelatrophien, Parösen. Panaritium,
8.	Derselbe. Beob. VI.	37-jährige Dame. Seit 13 Jahren besteht eine sich allmählich ausbild. Thermanästhesie an der linken Hand. Seit 4 Jahre Atrophie, Bewegungsschwäche ders. Hand. Schmerzen: 4 Jahr. hinter einander Thermanästhesie der linken Körperhälfte. Die Motilität der unteren Extremitäten besserte sich nach mehreren Jahren etwas.
9.	Derselbe. Beob. VII.	27-jähriger Mann. Parästhesie der oberen Extremitäten. An rechten Arm die Temperaturempfindung herabgesetzt.
10.	Derselbe. Beob. VIII.	25-jähriger Mann. Beginn der Krankheit vor 1½ Jahren mit Parästhesien. Motor. Schwäche der linken Hand. Atrophie der kleinen Handmuskeln. Thermoanästhesie und Hypalgesie der unteren Hälfte des Thorax.
11.	Derselbe. Beob. IX.	37 Jahre alter Mann. „Homme (autographique. Panaritien Atrophie der oberen Extremit. Zittern. Analgesie der r. Seite Die Thermoanästhesie umfasst die ob. Extremit. u. den Thorax.
12.	Derselbe. Beob. X.	35-jähriger Bauer. Muskelatrophie an der fracturirten Stelle Schwäche in den oberen Extremit. Schmerzempfindung links.
13.	G. C. D'oger de Spéville, Maladie de Morvan. Thèse de Paris 1888. p. 39.	62-jähriger Mann. Panaritien links. Linke Hand ödematös; Thenar und Hypothenar atrophisch. Links vasomotorische Störungen.
14.	Ibid. S. 102. Observ. XXX. (Comm. pr. M. Tuffier chirurgien des hôpitaux).	27-jährige Frau. Panaritien. Muskelatrophie; rechts Sensibilitätsstörung.
15.	Booth, J. A., Progr. Muskelatr. with anaesth. Med. Record. Sep. 1. 1888 (ref. Jahrb. Virchow. 1888. Bd. II. p. 125).	42-jähriger Mann. Muskelatrophie der Mm. deltoidees. Lähm. des M. constrictor pharyng. Sensibilitätsstör. am r. Arm u. der r. Hand. Mund-, Zungen- u. Gaumenschleimhaut sind anästhetisch. Trophische Störungen. Tumor nach Verf. Nach Re Syringomyelie.
16.	Kahle, Ueber d. Diagn. d. Syringomyelie. Prager Wochenschr. 1888. No. 68. (ref. Jahresber. Virchow. 1888. Bd. II. p. 124).	26-jährige Pat. Progressive Muskelatrophie in den oberen Extremitäten, Störungen des Temperatursinns an denselben, trophische Störungen. Oculopupilläre Symptome. Diagnose: Syringomyelie.
17.	Starr, Allen M., Syringomyel. its path. a. clin. feat with a study of a case and remarks upon its diagn. Amer. Journ. of med. sciences. 1888. Mai. Ref. Neur. Ctrbl. 1889. p. 286.	28-jährige Frau. Im Jahre 1879: Gefühl von Taubsinn und Kälte in der rechten Hand. „Main du griffe“. Rechte Pupille kleiner als linke. Tremor der rechten Zungenhälfte. Auf der rechten Gesichtshälfte ist Temperatursinn abgeschwächt. Rechte obere Extremität gelähmt und atrophisch. Im ganzen Arm Temperatur- u. Schmerzsinne aufgehoben. Trophische Störungen

No.	Autor.	Klinische Symptome.
18.	Schultze, F., Klinisches u. Anatomisches über die Syringomyelie. Zeitschrift für klin. Med. 1888. Bd. XIII. p. 523. Beob. I.	43jähriger Schneider. Vor 12 Jahren reissende Schmerzen der l. Hand. Atrophie der Muskulatur. Seit 10 Jahren Reissen und Brennen der Haut des l. Armes. Schweissabsonderg. der l. Kopfhälfte. Rechte Pupille weiter als linke. Atrophie d. Vorderarmmuskulatur. Atrophie der Extensoren und der Flexoren. Fibrilläre Zuckungen. Skoliose nach links. Entartungsreaction. Links u. rechts vollständige Analgesie und Verlust der Kälte- und Wärmempfindungen. Schmerzempfindung und Temperatursinn sind im r. Rumpf herabgesetzt. Diagnose: Syringomyelie.
19.	Ibid. Derselbe. Beob. II.	40jähriger Tagelöhner litt im 33. Lebensjahre einmal an Schwindelanfall. An der l. Hand Schwellung mit Schmerzen. Krallenstellung der Finger. Interossei atrophisch. Temperatursinn am l. Vorderarm pervers. Patellarreflex ist erloschen.
20.	Ibid. Derselbe. Beob. III.	41jähriger Arbeiter. Im 33. Lebensjahre fiel er von einer Treppe und fühlte nachher Schmerzen in der linken Supraclaviculargegend. Schwäche beider Arme. Atrophie des Deltoid., des linken Infraspinatus und Teres major. Parese der Extensoren. Rechts ist der Inteross. I. ext. atrophisch. Lähmung links entspricht im Wesentlichen der Erb'schen Lähmungsform.
21.	Debove, De la syringomyelie. Gaz. hebdomadaire No. 9. 1889. Ref. Jahresber. Virchow. Bd. II. 1889. p. 99.	Analgesie der ganzen Körperoberfläche, während der Temperatursinn nur an den Extrem. erloschen. Atrophie der Muskeln der rechten und linken Hand. Skoliose, Kältegefühl. Im 15. Lebensjahre hatte Pat. Typhus gehabt.
22.	Gillet de la Tourette et Zaguelmann. Un cas de syringomyelie. — Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière, publié sous la direction du Prof. Charcot. 2. Jahrg. No. 6. Novembre-December 1889. Paris, Leerosnier et Babe éditeurs. Neurolog. Centralbl. 1890. p. 181.	Besonderes Interesse gewinnt der Fall durch die lange Dauer der Beobachtung (u. A. schon 1868 von Duchenne de Boulogne untersucht). — 51 Jahre alter Programmverkäufer. Er machte Scharlach, Masern und Typhus durch. Mit 19 Jahren bemerkte er zuerst die Atrophie des Hypothenar u. der Interossei der l. Seite; später auch die Atrophie des Vorderarmes, mit fibrillären Zuckungen. Ein Jahr später lancinierende Schmerzen im linken Bein. Die Krankheit bleibt alsdann ca. 10 Jahre stationär. Skoliose. Die Atrophie schritt nur langsam vorwärts. Gesichtsneuralgie u. schmerzhafter Muskelcontracturen. Fibrilläre Zuckungen in allen Muskeln des Körpers. Die Muskeln der unteren Extremität sind absolut nicht atrophisch. An d. oberen Extrem. absol. Analgesie, beiders. An d. unteren Extrem. überall Hyperästhesie, Sensibilität; in den anästhetischen Theilen schwächer. Sensibilität gegen Kälte (Eis), obere Extrem. beiders. aufgehoben, untere Extrem.: beiders. ist überall Hyperästhesie vorhanden. Sensibilität gegen Wärme: Hand u. Vorderarm links. Thermoanästhesie an beiden Vorderarmen. Muskelsinn aufgehoben. Ungleiche Pupillen. Nystagmus. Beträchtliche Enge der Rima palpebrarum beiderseits. Der Bulbus oculi sinistri ist in die Orbita hinein retrahirt.
23.	Hegemann, Paul, Zur Casuistik der Rückenmarkskrankheiten. Inaugural-Dissertation. Bonn, 1889. p. 17.	38jähriger Glasmaler. 1876 brennende Schmerzen im Hinterkopf. Nach einigen Jahren trat im rechten Arm Schwäche ein. Brandnarben im rechten Oberarm; später „Kriebeln“. Die Muskeln des Thenar sind sehr atrophisch. Analgesie und Verlust der Kälte- u. Wärmempfindung, links Schmerz- u. Temperaturempfindung herabgesetzt. Vasomotorische und trophische Störungen. Brandnarben am linken Acromion.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
24.	Hückel, Armand, 2 Fälle v. schweren symmetr. Paraparesen auf tropho-neurotischer Grundlage. Münchener med. Wochenschr. 1889. p. 461.	38jährige Frau. Erythema nodosum. Von 1879 an Schrunden u. Eiterungen an den Händen. Schmerzen im l. Arm. Gefühl von Pelzigsein in beiden, reissende Schmerzen im ganzen rechten Arm. Geschwür am rechten Daumen. Kyphoskoliose. Die Finger der linken Hand sind deformirt. Endphalangen fehlen. Die Sensibilität ist in beiden Händen gestört.
25.	Derselbe. Ibid. p. 462.	37jähriger Tagelöhner. Ist von einer Treppe herunter gegangen. Ohne bek. Ursache schwellt die l. Hand. Skoliose. An der Hand ist d. Mittelfinger verdickt. Tastempfind. d. Finger u. Hand herabges. An beiden Händen besteht Analgesie. Gang spastisch.
26.	Haumann, Emil, Ueber Syringomyelie nebst Beschreibung eines neuen Falles. Inaugural-Dissert. Greifswald 1889.	20jähriger Schmiedegeselle. Scharlach, Masern etc. durchgemacht. Die Krankheit begann mit Mattigkeit in den Beinen, Kreuz und Hüften. Er wurde 1885 von einer fallenden Leiter auf den Rücken getroffen und schwer verletzt. Schmerzen am r. Beine. Atrophie zuerst r., nachher l. Die Rumpf- und Nackenmuskulatur ist beiderseits atrophisch. Sensibilität r. in den oberen Extrem. schwach. Dasselbe links. An den unteren Extrem. ist die Sensibilität gestört. Der Temperatursinn ist rechts und links merklich abgestumpft. Zuckungen in Biceps und Triceps.
27.	Cohen and Chas K. Mills, Bulbärparal. marked disturbance of pain and temp. senses and other phenomena point to syringomyelie. Philad. Rep. Juli 18. 1889. (Ref. Jahresber. Virchow 1889. II. Bd. p. 87).	55jähriger, früher syphilitisch inficirt gewesener Mann, Combination von Symptomen einer Bulbärparalyse und Syringomyelie. Wahrscheinlicher Sitz der Erkrankung das verlängerte Mark. Weitere Angaben fehlen.
28.	Dejerine, Sur un cas de syringomyelie. Gaz. hebdomadaire. No. 10. 1888. Ref. Jahresber. Virch. 1889. p. 99.	Pat. ist 64 Jahre alt. Die Krankheit begann vor 40 Jahren u. entwickelte sich langsam, Atrophische Lähmung d. Muskeln der oberen Extrem. Analgesie und Thermoanästhesie an der oberen Hälfte des Rumpfes. Verschiedene trophische Störungen: Schweißsecretion, Analgesie. Syringomyelie.
29.	Neuhaus, H., Zur Pathologie der Höhlenbildung im Rückenmark. Inaug.-Diss. Berlin 1889.	26jähriger Arbeiter. Zuckungen und Atrophie der Muskulatur in den oberen Extrem. Dyspnoe. Schwitzen. Abstumpfung der Sensibilität rechts. Das Temperaturgefühl ist im hohen Maasse gesteigert. Ulcerat. an den Händen u. weisse Blasen. Bezüglich der Aetiologie verdient gewiss die vorhergegangene syphilitische Infection Berücksichtigung.
30.	Derselbe. Beob. II.	21jähriger Schlossergeselle. Nach schwerer Arbeit s. sämtliche Finger der linken Hand geschwollen u. geröthet. Kraftlose Krümmung in den ersten Phalangealgelenken. Schmerzen in den Unterarmen. Atrophie und Schwäche in den kleinen Handmuskeln. Empfindungslähmung. Localisationsvermögen ist etwas gestört. Nystagmus. Gliom. Als ätiologisches Moment ist nur grosse Anstrengung bei der Arbeit bekannt.
31.	Derselbe. Beob. III.	29jähriger Tischler. Pat. bemerkt im Jahre 1885 eine leichte Beugstellung der Finger der linken Hand. Später totale Schwäche u. Unempfindlichkeit. Nach 2 Jahren Zuckungen in beiden Armen. Störungen der Motilität und der Ernährungsstände der Muskeln der oberen Extrem. Sensibilitätsstör. Empfindungslähmung, die sich auf Schmerz- u. Temperaturgefühl bezieht. Troph. Stör. an der linken Hand. Beide Pupillen en-

No.	Autor.	Klinische Symptome.
32.	Derselbe. Beob. IV.	26jähriges Mädchen. Schwäche der Finger beider Hände Atrophie ders. u. Kraftlosigkeit. Schmerzliches Kriebeln, später Schmerzen am rechten Arm. Skoliose. Störungen der Motilität und des Ernährungszustandes der Muskeln an den oberen Extrem. Beugung der Finger. Störungen der Sensibilität, ausgebreitete partielle Empfindungslähmung. Diffuse fleckige Röthe an der oberen Brust und an den oberen Extrem. Cyanotische Färbung am Unterarm u. Handrücken, Ptosis rechts. Rechte Pupille etw. weit., Sympathicusparese r. Aetiol., Anstrengung.
33.	Derselbe. Beob. V.	27 Jahre alte Näherin. Abmagerung des rechten Armes, später Taubheitsgefühl im linken Beine und schleppender Gang. Motilitätsstörungen an der rechten oberen u. unteren Extrem. Geringe Bewegungsstörung an d. rechten oberen Extrem. Temperatursinn an den unteren Extrem. und am Rumpf gestört. Trophische Störungen. An der rechten Schläfengegend weisse Haare. Vasomotorische Störung. Unilaterale Schweisssecretion. Rechts Ptosis. Vereng. d. Pupille. Aetiologie: Man denkt an Lues.
4.	Rumpf, Ueber einen Fall v. Syringomyelie nebst Beiträgen zur Untersuchung der Sensibilität. Neurol. Centralbl. p. 185.	39jähriger unverheiratheter Schlosser. Erst im Jahre 1884 bemerkte er, dass die Kraft seiner rechten Hand nachliess und Atrophie des Daumenballens. Krümmung des 3., 4. und 5. Fingers der rechten Hand. Pelzigsein u. Kribbeln im rechten Bein, Skoliose. Atrophie beider Hände und Arme. Romberg'sche Phänomen. Gang spastisch, besonders rechts. Kräftige clonische Zuckungen. Links langgezogene Zuckungen. Herabsetzung der Sensibilität an der rechten Hand. Die Schmerzempfindung ist im Bereich der anästhetischen Zone völlig erloschen. Kälte- u. Wärmeempfindung gestört. Trophische Störungen, Atrophie und Schwund der Nägel an den Fusszehen. Diagnose: Gliom des Rückenmarks.
35.	Remak, Ernst. Oedem der Oberextrem. auf spin. Basis (Syringomyelie). Berl. klin. Wochenschr. 1889. No. 3. Ref. Neur. Centralbl. 1889. p. 235.	38jähriger Arbeiter mit ödematöser Schwellung beider Oberextrem. Die Krankheit begann vor 10 Jahren mit Fractur der Vorderarmknochen und mit der dadurch bedingten Bewegungsstörung der linken Hand, leichte Schlingbeschwerden, Schwäche des linken Beines, EaR. in den atrophischen Muskeln der linken Hand. Schmerz u. Temperatur auf der ganzen l. Seite gestört.
36.	Marwede, G., Beitrag zur Casuistik der Syringomyelie. Münch. med. Wochenschr. 1890. No. 40.	69jährige, unverheirathete Pat. Vor 42 Jahren spürte sie öfters „wehe Finger“, besonders links, wo viele Narben waren. Muskulatur atrophisch am Vorderarm. Schwäche und Kribbeln Lähmung und Atrophie des linken Beines. Linke Pupille verengt. Tastempfindung links herabgesetzt. Unterextrem. deutl. Anästhesie. Schmerzempfindung am ganzen Körper erloschen. Temperatursinn ebenf. Diagnose: Syringom. u. wahrsch. Gliose.
37.	Kretz, Richard, Uebereinen Fall v. Syringomyelie. Wiener klinische Wochenschr. S. 479/500. 1890.	39jähriger Schuhmachergehülfe. Er machte Fieber und Cholera, Lepra durch. Später ulcerirende Stelle unter dem linken Scheitelbeinhöcker. Panaritium. Später Zittern d. rechten Fusses. Schwache Muskulatur. Sprache skandirend. Linke Pupille enger. Nystagmus. Dolichocephal. Paresen und Paralyse im Gebiete beider oberen Extrem. Kyphose. Atrophie der Muskel: Cucull., Levat., Sternocleidom. beiders. Atrophie der Finger. Romberg'sches Symptom. Herabsetzung d. Temperaturempfindung. Trophische Störungen: Spontangangrän der Endphalanx des linken Daumens u. am linken Trochanter major. Diagnose: Wahrsch. Syringomyelie. Ursache: Man denkt an Lues

No.	Autor.	Klinische Symptome.
38.	Rosenbach, P. und Sehtscherbak; A., Zur Casuistik d. Syringomyelie. Neurolog. Centralbl. 1890. No. 8. p. 226.	21-jähriger Bauer. Er fiel von der Höhe mehrerer Stufen auf den Rücken. Schwäche in den rechten Extrem. Atrophie am rechten Arm. Atrophie der rechten Unterextrem. Die elektr. Erregbarkeit ist an der rechten Oberextrem. herabgesetzt. Verlust des Schmerzgefühls an den linken Unterextrem. Im ganzen Gebiet, wo die Analgesie besteht, ging zugleich auch der Temperatursinn verloren. Diagnose: Wahrscheinlich Syringomyelie.
39. 40.	Leegaard, C., Sygdom in den legeste del of Rygmars vens grea substanz gliomatose syringomyelie. Nordsk. Mag. Laegevidensk. Christiania 4 R. V. p. 69. 1890. Jahrb. Virchow. Bd. II. p. 116.	22-jähriges Mädchen. Die Krankheit hatte nur die rechte Oberextrem. mit dem angrenzenden Theile des Körpers ergriffen. Thermoanästhesie u. Analgesie mit gutem Berührungsgefühl und Ortssinn. Panaritien. Die ganze erkrankte Partie war in ihrer Totalität hypertrophirt. Der zweite Fall ist typisch und beide Fälle wurden als Syringomyelie diagnosticirt.
41.	Masius, Un cas de syringomyelie. Annal. de Liège 1890 (ref. Jahresber. Virchow. 1890. Bd. II. p. 113.	Der Fall gehört der Symptomatologie und dem Verlauf nach den typischen Syringomyeliefällen an. Die Muskelatrophie (mit fibril Zuckungen und EaR.) verlief in den 15 Jahren mit erheblichen Besserungen. An den Händen zeigten sich häufige bläuliche Oedeme.
42.	Arcangeli, Presentat. di un moll. di sirinom. Bulett. degli pedalidi Roma. 1890. Fasc. III. (referirt Jahresbericht Virchow. 1891. p. 102).	Einschränkung der Seitwärtsbewegungen der Augen mit Nystagmus. Schwierigkeit beim Schlucken. Linker Deltoideus, Supra- und Infrapinatus, Pectoralis major atrophisch. Leichte Skoliose. Verminderung des Tast- und Schmerzgefühls und des Temperatursinns in beiden Körperhälften. Diagnose: Syringomyelie.
43.	Daxenberger, Franz, Ueb. Gliombildung und Syringomyelie im Rück. Inaug.-Dissertat. Erlangen 1890. p. 51.	29-jährige Dienstmagd. Pat. ist von einem 35 Mtr. hohen Gerüst herunter gefallen und schlug sich auf den Kopf auf den Rücken. Später pelziges Gefühl in den Fingerspitzen. Schmerzen an beiden Armen. Atrophie der Finger der rechten Hand. Deutl. Ataxie. Sehnenreflexe fehlen am rechten Arm ganz, links schwach. An den Beinen Atrophie. Diagnose: Gliom d. Rückenmarks. Tod an Marasmus. Section fehlt.
44.	Brunzlow, Ottokar, Ueber einige seltene wahrsch. in d. Categ. d. Gliosis spinalis gehörende Krankheitsfälle. Inaug.-Diss. p. 11. Beob. I. Berlin 1890.	36-jährige Restaurateursfrau. Schmerzen im Kreuz und den linken Schulter. Nystagmus. Die linke Gaumenhälfte steht etwas tiefer als die rechte. Sämtl. Muskelgruppen am linken Bein sind geschwächt. Sensibilitätsstörung an der linken Körperhälfte. Thermoanästhesie ebenfalls. Diagnose: Tumor des Rückenmarks. Med. obl. Vasomotorische Störungen.
45.	Derselbe. Ibid. p. 18. Beobacht. II.	34-jähriger Arbeiter. Die Krankheit begann mit „Brennen und Schwäche im rechten Arm u. Bein. Rechte Pupille weit als linke. Lähmung der Thyreo-arytaenoidei int. u. der Cricothyreo-arytaen. post. Herabsetzung der von den N. ulnaris versorgten kleinen Handmuskeln. Sensibilitätschwäche am Rumpf, obere Extremitäten und im Gesicht. Temperaturempfindung etwas vermindert. An den Beinen spastische Erscheinungen. Diagnose: Gliosis cervicalis.
46.	Derselbe. Ibid. p. 21. Beobacht. III.	39-jährige Kaufmannsfrau. Brennende Schmerzen in den Armen u. Fingern. Hysterische Krämpfe; Lähmung dreier Finger der linken Hand. Verbrennung. Blasen und Narben. Paresen des r. Armes u. der Zunge. Rechte Hand gebeugt. Diagnose: Gliose des Cervicalmarks.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
47.	Brunzlow, Ottokar. Ibid. p. 30. Beob. IV.	43jähriger Arbeiter. Ein Sack fiel v. 1½ Stock Höhe herunter und traf den Mann in die rechte Seite. Kypho-Skoliose. Temperaturreiz an den Füßen schlecht. Rechte Pupille weiter als linke. Schwitzen. Mal perforant du pied. Alle Sensibilitätsqualitäten sind an der ganzen rechten Körperhälfte gestört.
48.	Derselbe. Ibid. p. 37. Beob. V.	43jährige Putzmacherin. Schwäche in der rechten Hand. Atrophie und starke Beugung der Finger. Später fühlte sie Schwäche im rechten Bein. Asymmetrie der Brust. Atrophie des M. sternocleid. Am linken Bein atact. Gang. Romberg'sches Symptom. Herabsetzung der Erregbarkeit in einem Theil des Cucullarisgebietes und der Nackenmuskulatur. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Gliosis cervicalis.
49.	Grasset et Bauzier, Leçon sur la syndrome bulbomedullaire constitué par la thermoanaesthesie l'analgésie et les troubles vasomoteurs. Montpellier et Paris 1890. Clinique médicale d'hôpital St. Eloi. (ref. Neurolog. Centralbl. 1889. 704.	An der rechten Seite absolute Aufhebung des Temperatursinnes (Wärme- u. Kältesinn). Schweissabsonderung rechts stärker als links. Extremitätenlähmung der ganzen linken Seite. Diagnose: Wahrscheinlich Syringomyelie.
50.	Kreik, R., Fall von Syringomyelie. Wiener Bl. 5. 1890 (ref. Jahrb. Virchow 1890, p. 116).	39jähriger Pat. litt schon vor 14 Jahren an Panaritien am linken Daumen und Zeigefinger. Parese beider Gesichtshälften, des linken Stimmbandes. Parese und Atrophie der Muskeln der oberen Extremität mit EaR. Temperatursinn, besonders an der linken Körperseite. Nystagmus der Augen. Diagnose: Syringomyelie.
51.	Jeffries, J. A., Two cases of Syr. Journ. of nerv. and ment. September 1890 (ref. Jahresber. Virchow 1890. Bd. 114).	Typischer Fall von Syringomyelie. Der Hauptsitz des Leidens ist an der rechten oberen Extremität und an der linken unteren.
52.	Arnaud, F., Diagnostic de la syringomyelie. Le mercredi medical 1890. p. 454.	Typischer Fall von Syringomyelie. Symmetrische Atrophie der Muskulatur der Hände. Analgesie und Thermoanästhesie der oberen Extrem. Trophische und vasomot. Störungen. Cyanose. Ulcerationen. Fibrilläre Contractionen.
53.	Derselbe. Beob. II. Ibid. p. 454.	Amyotrophia plantaris. Anästhesie centripetal. Sensibilität gestört. Trophische Störungen. Der Vater des Pat. hatte dieselbe Krankheit. Diagnose: Syringomyelie.
54.	Louazel, Contribution à l'étude de la maladie Morvan. Thèse de Paris 1890. p. 42.	51jährige Frau. Atrophie des M. deltoïd. Oedem an der linken Hand. Alle Finger sind deformirt. Panaritien. Atrophie der Finger der rechten, Analgesie in beiden Händen complet. Die unteren Extrem. sind schwach und ermüden schnell.
55.	Derselbe. Beob. II. Ibid.	46jährige Frau. Panaritien an der rechten Hand. Temperatur links etwas herabgesetzt, ebenso die tactile Sensibilität an der rechten Hand. Trophische Störungen beider Hände.
56.	Charcot, La maladie de Morvan. Progrès médical 22. Nov. 1890. (Diss. Briancéau, p. 30. 1891.	56jährige Pat. Panaritien in den Händen. Typus, Gesichtsfeld nicht verändert. Hemianästhesie links. Hysterie. Diagnose: Syringomyelie.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
57.	Kanasugi Hidegoro; Casuist. Beiträge z. Kenntniss der Syringomyelie. Inaug.-Diss. p. 10. Erlangen 1890.	47 Jahre alter Dienstknecht. Schwäche am linken Oberarm. Temperatursinn an beiden Armen bis zu den Schultern stark gestört. Trophische Störungen in den Händen. Alle Interosse und Adductor pollic. beiders. atroph. Diagnose: Syringomyelie
58.	Derselbe. Ibid. p. 14. Beob. II.	21jähriger Bauer. Im 15. Lebensjahre bemerkte er, dass die Finger der linken Hand nicht so gut schliessen kann. Allmählig sind sie krumm geworden. Später dasselbe an der rechten Hand. Sämmtliche Gruppen von Muskeln beider Arme sind mehr oder weniger atrophisch. Schmerzempfindung an beider Armen herabgesetzt. Diagnose: Syringomyelie.
59.	Derselbe. Ibid. p. 17. Beob. III.	34jähriger Bauer. Schwache Beine durch Erkältung. Kyphoskoliose. Beide Beine sind im hohen Grade paretisch, in de Muskeln der Hand beiderseits vollständige Paralyse. Sensibilität an beiden Armen herabgesetzt. Muskulatur der Vorderarm atrophisch. Diagnose: Syringomyelie.
60.	Brühl, J., Contribution à l'étude de la syringomyelie. Thèse de Paris 1890. Beob. I.	38jähriger Pat. Skoliose. Analgesie überall. Thermoanästhesie an den oberen Extrem.; Hyperästhesie auf der Hälfte des rechten Thorax. Seit einem Jahre fühlt sich Pat. beim Gehen sehr unwohl. Polyurie.
61.	Derselbe. Ibid. p. 134. Beob. II.	48jährige Frau. Die jetzige Krankheit begann vor 10 Jahre mit Schwäche in den Händen, Atrophie der Muskeln daselbst und fibrilläre Zuckungen. Analgesie beider Hände complet.
62.	Derselbe. Ibid. p. 136. Beob. III.	17jähriges Mädchen, Mutter nervös. Schwäche im linken Bein Skoliose. Atrophie der linken Seite des Thorax und des linken Armes. Sensibilität ist an der linken Körperhälfte herabgesetzt
63.	Derselbe. Ibid. p. 141. Beob. IV.	62jährige Frau. Atrophie der oberen Extrem. Krallende Hände Schmerzempfindung in den atrophischen Theilen verloren. Temperaturempfindung ebenfalls.
64.	Derselbe. Ibid. p. 143. Beob. V.	25jähriger Pat. Skoliose, Atrophie der linken Hand, nachher der rechten. Krallende Hände. Abspannung der Muskulatur der unteren Extrem. Schmerzempfindungen in Armen, Rücken u. Brust herabgesetzt, ebenso Kälte- u. Wärmeempfindungen.
65.	Derselbe. Ibid. p. 150. Beob. VI.	39jährige Frau. Die Krankheit hat vor 10—12 Jahren in der Beinen begonnen. Atrophie beider Hände mit Parese. Kyphose
66.	Derselbe. Ibid. p. 152. Beob. VII.	47jährige Pat. Die Krankheit begann vor 4 Jahren mit Atrophie an Thenar und Hypothenar rechts, später links. An der oberen Extremität sieht man hier und da trophische Störungen An den unteren Extremitäten ebenfalls.
67.	Charcot et Brissaux, Un cas de syringomyelie. Observé en 1875 et 1890. Progr. méd. 1891. 1. Jan. No. 4 (ref. Neur. Centralbl. 1891 p. 176).	Ein 25jähriger Offizier consultirte Charcot im Jahre 1875 wegen Unsicherheit beim Gehen und Schwäche der ganzen linken Körperhälfte. Lähmung mit Steigerung der Sehnenreflexe bes. am linken Bein. Krampfhaftes Schmerzen im Becken und Oberschenkel. Blitzende Schmerzen. Sehstörungen. Im October 1890 ergibt sich folg. Befund: Linksseitige spast. Hemiplegie Die Contractur ist am Beine mehr ausgesprochen wie am Arme Der Vorderarm ist beim Gehen halb gebeugt, das Bein steif u zitternd, berührt nur mit der Aussenfläche des Fusses den Boden. Der Rumpf erscheint nach links gebeugt. Leichte Lumbalskoliose. Knie- und Oberarmreflexe sind sehr gesteigert

Temperaturempfindung (für Kalt und Warm) ist linkerseits fast ganz aufgehoben. Die Schmerzempfindungen sind linkers. sehr herabgesetzt. Die Sensibilitätsstör. sollen erst seit dem Jahre 1882 herrühren. Ferner ist die ganze linke Hand viel voluminöser als die rechte. Sie ist breiter, dicker, plumper, doch nicht länger als die rechte. Narben. Panaritien. Diagn.: Syringomyelie

No.	Autor.	Klinische Symptome.
68.	Charcot, M. recueillie par Hallion, Un cas de paral. radicul. de la prem. paire dorsal avec lesion hemilat. de la moelle d'origine traumat. simul. la syring. Arch. de Neur. Vol. XXII. No. 66. (Ref. Neur. Centrabl. 1892. p. 111.)	22jähriger Bäcker. Schwäche und Atrophie in der rechten Hand und im rechten Vorderarm; später Anästhesie an der Beugeseite des rechten Vorder- und Oberarmes und am linken Bein. Rechtsseitige Dorsalskoliose. Rechte Pupille kleiner als die linke, die ganze rechte Gesichtshälfte etwas eingesunken gegenüber der linken Seite. Diagnose (mit Vorsicht): Syringomyelie.
9.	Sauques, A., Un cas de syring. type Morvan. Nouv. Iconogr. de la salp. 4 année No. 4. 1891. Juillet et Août (ref. Neurolog. Centralbl. 1892. p. 110).	26 Jahre alt. Panaritien. Hochgradige Analgesie der Finger. Die ersten Krankheitssymptome wurden anno 1887 constatirt. Diffuse Hämorrhagie, die unter dem Compressionsverband sofort zum Stillstand gebracht werden konnte.
70.	Schlesinger, H., Zur Cas. d. part. Empfindungslähmung, Syringomyel. Wien. medic. Wochenschr. 1891. No. 10.	16 Jahre alter Schuhmacherlehrling. Zuckungen des rechten Armes und Verkrümmung der Finger. Skoliose links. Atrophie der Muskulatur beider Hände. Schmerzempfindung an der linken Hand herabgesetzt. Temperatursinnherabsetzung.
71.	Derselbe. Ibid. No. 11. p. 478. Beob. II.	51jähriger Kaufmann. Seit Jahren Zuckungen in den Oberarmen. Kriebeln in der linken Hand. Nystagmus. Lordose. Die Sensibilität in der rechten vorderen Deltoidesgegend ist schwach. Temperatursinn an der rechten Hand fehlt. An der linken Hand fehlt Kälteempfindung.
72.	Derselbe. Ib. No. 12. p. 519. Beob. III.	31jähriges weibl. Individuum. Häufige Zuckungen u. Fingercontracturen. Atrophie der r. oberen Extrem. Später ebenso in der l. oberen Extrem. Schmerzempfindung fehlt an den Beinen, Rumpf u. Armen fast ganz. Rechte Pupille sehr eng.
73.	Derselbe. Ibid. No. 12. p. 520. Beob. IV.	43jährige Schneidersgattin. Vor 8 Jahren begannen Parästhesien in den oberen Extrem. Nach 4 Jahren wurden auch die unteren Extrem. belästigt. Schwerer Gang; Incontinentia urinae et alvi und Schmerzen in den Armen. Die Schmerzempfindung des Larynx ist herabgesetzt. Thenar und Hypothenar beiderseits atroph. Gang unsicher. Romberg'sches Phänomen. Schmerzempfindung an beiden Oberextrem. bedeutend herabgesetzt.
74.	Derselbe. Ibid. No. 13. p. 366. Beob. V.	37jähriger Tagelöhner. Vor 5 Jahren häufig Kältegefühl im rechten Arm. Seit 2 Jahren Schmerzen in den Schultergelenken. Trophische und vasomotorische Störungen. Rechter Arm schmerzempfindlich. Temperatursinn links gestört.
75.	Derselbe. Ibid. No. 13. p. Beob. VI.	44jährige Malersgattin. Kriebeln und Kältegefühl im linken Arm. Nach wenigen Monaten Verlust der Kraft. Fibrilläre Zuckungen an beiden Oberextrem. Tonische Krämpfe. Gang spastisch. Romberg'sches Phänomen. Parästhesien sehr häufig in beiden Armen. Trophische Störungen.
76.	Jolly, Ueber trophische Störung bei Rückenmark. Archiv für Psychiatrie Bd. XXII. 585. Neur. Centralblatt 1891. p. 382.	20jähriger Pat. Panaritium an dem rechten Zeigefinger. Skoliose. Abstumpfung der Sensibilität der rechten Körperhälfte, besonders in der oberen Extremität. Diagnose: Syringomyelie bzw. Gliomatose des Rückenmarkes.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
77.	Derselbe. Ibid. p. 382. Beob. II.	55jährige Schullehrersfrau. Schmerzen in den Extrem. I entwickelte sich das Bild einer Tabes dors. Romberg'sel und Westphal'sche Symptome. Schmerzen in den Extrem Pupillenstarre, Lähmung der Stimmbänder. Hemiatrophia facial sinistra.
78.	Weber, Münchener medic. Wochenschr. 1891. p. 347.	Weber führt zwei Fälle von Syringomyelie, die in der Klinik zu Halle vorgekommen sind, an, von denen der eine unter der Diagnose: „Lepra mutilans“ ging.
79.	Seeligmüller, Ueber Syringom. Münch. med. Wochenschrift 1891. No. 19.	26jähriger Knecht. Progressive Muskelatrophie mit Lähmung Temperatur- und Sensibilitätsstörung. Diagnose: Gliom u
80.	p. 346. Beob. I.	Höhlenbildung. Wahrscheinlich Hämatomyelie.
81.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	54jähriger Knecht. Vor etwa 4 Jahren ist er von einem W gen auf den Rücken gefallen. Kyphoskoliose und hochgradig
82.	Signer, J., Jahresb. d. pe-liklin. Inst. d. dtsh. Univ. in Prag. 2 Fälle v. Syringomyelie. Prager med. Wochenschrift. 1891. No. 45.	21jähriges Mädchen. Beginn der Krankheit mit Schwäche den Armen. Panaritien; Muskelatrophie des rechten Arm
	(ref. Neurol. Centralblatt 1883. p. 371).	Verlust des Schmerz-, Temperatur- und Tastsinns. Kyphoskoliose. Pupillendifferenz. Fibrilläre Zuckungen der Zunge.
83.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	52jähriger Mann. Vor 30 Jahren lebhafte Schmerzen im Schultergelenk und spontane Eiterung an allen Fingern. Vor 10 J
84.	Anfimow, J., Zur Frage d. Morvan'schen Krankheit. Wjestnik psych. i nevroptol. 1891. 9. 1. Russisch (ref. Neur. Centralbl. 1893. p. 700).	zog sich der Pat. eine ausgedehnte schmerzlose Verbrennung zu. Anschwellung des Schultergelenkes. Kyphoskoliose, Nagelglieder kolbig angeschwollen, Nägel verkrüppelt.
		27jähriger Bauer. Panaritien links. Sensibilitätsstörungen in einem kleinen Abschnitt der Lig. nuchae, deltoidea und Supraclavicul. An der linken Hand ausgesprochene motor. Schwäche und Atrophie der kleinen Handmuskeln mit Verlust der elektrischen Erregbarkeit. Skoliose.
85.	Bernhardt, M., Ueber die sogen. Morvan-Erkrankung. Deutsche med. Wochenschr. 1891. p. 285.	48jähriger Kutscher. Er legte sich auf die feuchte Erde Schmerzen in der rechten Schultergegend. Nekrotische Finger Schwinden. Skoliose. Atrophie an der Streckseite des Unterarmes. Sensibilitätsstörung rechts an Arm und Rumpf. Diagnose: Syringomyelie.
86.	Pick, R., Ein Fall v. Morvan'scher Krankh. Prager medic. Wochenschr. 1891. XVI. 43--46 (ref. Schmidt's Jahrb. 1892. p. 116).	Eine 47jährige Tagelöhnerin litt seit mehr als 20 Jahren an Panaritien. Atrophie der Haut, der Hände und zum Theil an derjenigen der Arme, Füße und Unterschenkel. Fehlen des Kniephänomens, Herabsetzung der Temperaturempfindung. Diagnose: Gliomatosis spinalis.
87.	Achar, Syringom., type Morvan. Gaz. des hôpit. 1891. No. 82 (ref. Centrbl. f. med. Wiss. 1892. p. 107).	49jähriger Pat. Panaritium am rechten Daumen. Affenhand Analgesie und Thermoanästhesie bei erhaltener tactiler Empfindung. Man denkt an eine Combination von Morvan'scher Krankheit mit Syringomyelie.
88.	Marchiafava et Bignami, Sulla malattia di Morvan. Bull. della R. Ac. med. di Roma Fascie II. (ref. Centr. med. Wiss. 1892. p. 222).	Fall von Syringomyelie. In sämtlichen vier Extremitäten trophische Störung. Sensibilität für alle Empfindungen in Händen und Füßen ganz erloschen. Diagnose: Syringomyelie (Typus Morvan).

No.	Autor.	Klinische Symptome.
39.	Derselbe. Beob. II.	Die Krankheit begann nach einem Trauma. Incontinent. urinae. Temperaturempfindung herabgesetzt bei fehlendem Schmerzgefühl. Der Fall zeigt einen langen Verlauf 10—20 Jahre und lange Stillstände.
0.	Charcot, Sur un cas de syringomyelie avec panaris analg. Gaz; hebdom. 1891. No. 15 (ref. Ctrbl. f. med. Wiss. 1891. p. 425).	26jähriger Mann. Panaritien in einigen Fingern. Sensibilität gestört. Typischer Fall von Syringomyelie.
1.	Robinson, Un cas de syringom. debut. comme une hematomyelie. Journ. des méd. de Paris 1892, No. 8 (ref. Centralbl. für medic. Wiss. 1891. p. 424).	Der 33jährige Pat. hatte Trauma in der Gegend des letzten Halswirbels. Allgemeine Schwäche, theilweise Retentio urinae et faecium, amyotrophische Erscheinungen an der linken oberen Extremität und ausgesprochene Analgesie und Thermoanästhesie an der rechten untern Körperhälfte. Diagnose: Syringomyelie.
92.	Masius, Un cas de Syringomyelie. Centralbl. f. med. Wiss. 1891. p. 424.	Typischer Fall von Syringomyelie. Die Muskelatrophie (mit fibrillären Zuckungen und Entartungsreaction) verlief in 15 Jahren unter erheblichen Besserungen. An den Händen zeigte sich häufig bläuliches Oedem.
93.	Hoffmann, Syringomyelie. Klinische Vorträge 1891. No. 20. p. 179.	18jähriger Bäcker. Paralyse des Thenar und Hypothenar. Atrophie des Daumens und Zeigefingers rechts. Hypalgesie und Herabsetzung des Kälte- und Wärmegefühls im ganzen rechten Arm, in der rechten Seite des Nackens und Halses des rechten Thorax. Schmerzen in der rechten Schulter. Vasomotorische Störung.
94.	Derselbe. Ibid. p. 182. Beob. II.	39jährige Frau eines Schmieds. Panaritium am Zeigefinger der rechten Hand. Vor 2 Jahren gesellte sich Schwäche der linken Hand und des ganzen Armes mit fibrillären Zuckungen in den kleinen Handmuskeln hinzu. Schmerz- und Temperaturempfindung herabgesetzt. „Main en griffe“. Analgesie und Thermoanästhesie linkerseits.
95.	Derselbe. Ibid. p. 184. Beob. III.	25jähriger Fabrikarbeiterin fiel eine Treppe hinunter. Panaritien. Progress. spinale Muskelatrophie. Fibrilläre Zuckungen in den Hand- und Vorderarmmuskeln. Skoliose. Später fühlte sie an der linken Hand Brennen, zeitweise mit partieller Anschwellung verbunden. Vasomotorische Störung. Linke Pupille weiter als rechte.
96.	Derselbe. Ibid. p. 187. Beob. IV.	34jähriger Makler. Mit 14 Jahren fiel er von einem 6 Mtr. hohen Baum. Hämoptoe. Später bekam er ohne Ursache tiefe schmerzende Schrunden hinter einander an der rechten Hand. Panaritium. Brennen. Beissen, Hitzegefühl und verringerte Schweissproduction der rechten Hand und des rechten Vorderarms. Nystagmus. Linke Zungenhälfte atrophisch. Rechts besteht eine Recurrenslähmung. Rechtes Bein abgemagert. Rechts vom Scheitel bis zum Knie sind Schmerz- und Temperatursinn herabgesetzt.
97.	Derselbe. Ibid. p. 190. Beob. V.	37jähriger Knecht. Panaritien. Die Finger wurden steif und verkrüppelten. Blasen. Er verlor den Temperatursinn. Brennen und Hitzegefühl. Die elektrische Erregbarkeit ist herabgesetzt. Rechts sind die Beuger ziemlich matt, diejenigen des linken Oberarms etwas atrophisch und paretisch. Rechte Pupille viel weiter als linke.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
98.	Karg, Syringomyelie mit Gelenkerkr. Langenbeck's Archiv Bd. XLI.	Pupillenstarre, Ataxie. Der Kranke gab an, schon seit Jahre Unsicherheit im Gang bemerkt zu haben. Das amputirte Bein zeigt eine grosse Veränderung, dem zufolge denkt Verfasser a Syringomyelie.
99.	Derselbe. Ibid. 105. Beob. II.	38jähriger Mann. Die Krankheit begann mit Unsicherheit d Ganges und reiss. Schmerzen in den oberen Extrem. Schwäch in den Händen, gekrümmte Finger. Atrophie u. Panaritien r nachher l. Romberg'sches Symptom. Skoliose. Vasomoto u. troph. Stör. Temperaturanästhesie besteht an den Hände: den oberen Extrem., Hals, Brust u. Rücken bis zum 12. Brustwirbel. Analgesie an beiden oberen Extremitäten. Diagnose: Syringomyelie.
100.	Derselbe. Ibid. p. 108. Beob. III.	43jähriger Pat. Panaritien, Atrophie der Finger rechts und Krallenhand. Gang spastisch. Romberg'sches Phänomen Vorderarm atroph. Die atroph. Muskeln der r. Hand und zwar die Interossei sowohl als die des Thenar und Hypothenar sind vollständig gelähmt. Die Temperaturempfindung ist vollständig erloschen an beiden oberen Extrem. Die Schmerzempfindung fehlt an der l. oberen Extrem. Diagnose: Syringomyelie.
101.	Perves, Jean Marie, La syringomyelie. Thèse de Paris 1891.	44jähriger Mann. Paresoanalgesie beider oberer Extremitäten. An der linken Hand Panaritien; rechts ebenfalls. Ulceration in der rechten Schultergegend. Atrophie beider Hände.
102.	Derselbe. Ibid. p. 56. Beobacht. II.	55jähriger Mann. Panaritien an der linken Hand. „L'analgesie et la thermo-anaesthesie sont très accentuées sur tout le membre supérieur gauche. Die Analgesie u. Thermoanästhesie ist wenig complet bis zum linken Knie. Skoliose. Wenig Lordose.
103.	Derselbe. Ibid. p. 58. Beobacht. III.	43jähriger Mann. Linke Hand Typus Morvan. Panaritien Rechts ebenfalls. Sensibilität herabgesetzt. Links Analgesie Thermoanästhesie und Anästhesie.
104.	Derselbe. Ibid. p. 62. Beobacht. IV.	48jährige Frau. Panaritien. Atrophie der Muskulatur. Interossei atrophisch. Sensibilität an der rechten Hand herabgesetzt. L'anaesthesie tactile est très considérable. Skoliose.
105.	Prouff, Faits de la maladie de Morvan. Gaz. hebdom. 1891. No. 38 (ref. Centrbl. f. med. Wiss. 1891. p. 842). Beob. I.	45jährige Frau. Interessant ist die vollkommen intacte Sensibilität bei zahlreich vorhandenen Panaritien.
106.	Derselbe. Beob. II.	69jährige Frau. Panaritien, Schrunden etc. an den Händen Skoliose, atrophische Zustände, Anästhesie, Analgesie, Thermoanästhesie der Haut u. der Schleimhäute. Paraplegia spastica. Rapide Alopecia.
107.	Derselbe. Beob. III.	40jähriger Mann. Atrophie der Schultermuskulatur. Typus Morvan.
108.	Wehlau, L., Syringomyelie. Med. Record 1891. 12. Dec. No. 1101. p. 704 (ref. Gaz. hebdom. 1892. p. 71).	43jähriger Mann. Die Krankheit hat mit Schmerzen im Nacken und in den Armen begonnen. Nachher Atrophie der Muskulatur desselben. Krallende Hände. Sensibilität gestört. Temperatur ebenso. Trophische Störungen. Ulceration der Finger Skoliose. Diagnose: Syringomyelie.
109.	Vought, The New-York Medical Journal 21. Novembre 1891 (ref. Gazette hebdom. 1892. p. 71).	Typischer Fall von Syringomyelie.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
110.	Tambourer, P. A., Syringomyelie mit Hemiathrophia ling. Neurolog. Centralbl. 1892. p. 494. II.	21jährige Kranke. Panaritien an beiden oberen Extremitäten. Lordo-kypnot. Verkrümmung. Unsicherer Gang. Romberg'sches Symptom. Allgemeine diffuse Atrophie des Armes und Beines rechtens. Fibrill. Zuckungen in den Muskeln des rechten Arms. Alle Kategorien der Sensibilität sind in ungleichem Maasse afficirt. Nystagmus. Atrophie der rechten Zungenhälfte. Verschiedenartige troph. u. vasomot. Störungen. Schwitzen der linken Hälfte des Rumpfes und des Gesichts. — Der Beginn der Krankheit datirt vom 13. Jahre. Das Schwitzen der einen Körperhälfte datirt erst seit 2 Jahren.
111.	Rossolimo, G. J., Ueber Hysterie, welche eine Gliomatose des Rückenm. vortäuscht. Neurol. Centralbl. 1892. p. 493.	20jähriges hysterisches Mädchen, Schwäche der Oberarmstrecker, besond. linkerseits; totale Analgesie und Thermoanalgesie der Haut der Hände, nebst schwach ausgeprägter tactiler Anästhesie. Erhebliche Herabsetzung des Muskelgefühls in den zwei letzten Fingern beider Hände. Diagnose: Gliom.
112.	Hughlings Jackson und Gallo'way Jonas, A case syringomyel. Lancet 1892. 20. Febr. (ref. Neur. Centralbl. 1892. p. 204).	47jährige Pat. Jetzige Krankheit datirt vom 25. Lebensjahre. Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit und des Temperatursinns in der rechten Arm-, Kopf- u. Rumpfhälfte, Ellbogen- u. Handgelenk. Atrophie des Thenar, Antithenar und der Interossei rechts.
113.	Knoppek, Beiträge z. Diagnose der Syringomyelie. Wiener med. Presse 1892. No. 3. (ref. Neur. Centralbl. 1892. p. 185).	21jähriger Rekrut. Im 14. Jahre Erkältung, darauf in allen vier Extrem. Krämpfe. Der rechte Vorderarm hyperästhetisch und ohne Temperatursinn. Hände cyanotisch. Interossei deutlich geschwunden links auch Thenar und Antithenar. Schmerzgefühl und Temperaturempfindung verloren. Sensibilitätsstörung an der linken Hand. Später complete Anästhesie und Analgesie. Diagnose: Syringomyelie mit Vorsicht.
114.	Reichline, A., Contribution à l'étude clin. de la syringomyel. avec manifestations bulbaires. Thèse de Paris (ref. Neurol. Centralblatt 1892. p. 709).	47jährige Pat. Bewusstlosigkeit, Schwindelgefühl und Veränderung der Stimmung. Atrophie der linken Hand. Nach einem Jahr Schmerzen in Nacken- und Schultergegend. Atrophie der rechten Hand, Strabismus intern. Linke Pupille enger als rechte. Nystagmus. Sprache näselnd und matt. Kriebelgefühl in der linken Hand. Hyperästhesie am ganzen Kopf. Diagnose: Syringomyelie.
115.	Critzmann, Essais sur la syringomyelie. Thèse de Paris 1892 (ref. Neur. Centralbl. 1892. p. 708).	38jährige Frau. Nackenschmerzen. Schmerzen an den Händen. Später hochgradige Atrophie der kleinen Handmuskeln. Rechts „Predigerhand“. An Fingern und Händen ist die tactile Sensibilität herabgesetzt, an beiden Armen und der oberen Rumpfhälfte.
116.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	54jährige Frau. Im 21. Lebensjahre stellte sich eine Schwäche der linken Hand ein. Abmagerung der Hände. Skoliose. Elektrische Erregbarkeit an der linken Hand erloschen.
117.	Stembo, L. Ein Fall v. fortschr. Muskelschw. syringomyel. Urspr. St. Petersb. med. Woch. 1892. No. 35. (ref. N. Ctrbl. 1892 p. 710).	Progressive Muskelatrophie, besonders an den oberen Extremitäten. Dissociation der Hautsensibilität und Hygromata olecrani. Diagnose: Syringomyelie.
116.	Sachs, B. und S. G. Armstrong, Morvan's disease N.-Y. Med. Journ. No. 30. (ref. Neur. Centralbl. 1892. p. 711.)	28jähriger Pat. Vor vier Jahren bemerkte er, dass seine Hände schwer wurden und kleine Zuckungen eintraten. Panaritien an der linken Hand. Kleine gangränöse Stelle. Atrophie des Interossei dorsalis I. Dermatitis. Dermatrophy circumscripta alga in der Ellenbeuge. Linke Hand und Finger wie rechts. Temperatur- u. Schmerzempfindung mehr oder weniger herabges.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
119.	Minor, Beitrag zur Lehre über Hämato- u. Syringomyelie. Verh. des internat. medic. Congresses. Berlin 1892. Bd. IV. p. 4. Beobacht. I.	24-jähriger Arbeiter. Von einem hohen Fenster fiel eine centnerschwere Last auf ihn. Vollst. Lähmung aller Extrem. Retentio urinae. Hochgradige Atrophie und entsprechende Parese beinahe aller Muskeln der Unterarme und der kleinen Handmuskeln. Atrophie des M. pector. dexter. Atrophie und Lähmung des M. triceps dexter. Analgesie und Thermoanästhesie am Vorderarm.
120.	Derselbe. Beob. II.	Der 2. Fall, ein 25-jähriger Schuhmacher, der von einer 5 Mtr. hohen Treppe herabfiel. Retentio urinae. Totale Lähmung der rechten Körperhälfte. Atrophie, Lähmung und maximale Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in dem rechten M. splenius, supra- et infraspinatus und deltoideus. Gang rechts spastisch. Analgesie und Thermoanästhesie.
121.	Derselbe. Beob. III.	Der 3. Fall betrifft einen 17-jährigen Conditor, der von der Höhe des 3. Stockwerkes herunterfiel. Retentio urinae et alvi. Lähmung aller vier Extrem. mit Anästhesie derselben. Totale Lähmung beider Mm. serrati; beider Scapulae. Atrophie beider Pectorales. Gang hemiplegisch, links spastisch. Reflexe beiderseits gesteigert. Thermoanästhesie von der 3.—4. Rippe bis nach unten.
122.	Derselbe. Beob. IV.	Der 17-jährige Arbeiter schlug mit seiner rechten Hand an eine hölzerne Kiste. Schwäche in allen Gliedern. Lähmung aller vier Extremitäten. Anästhesie. Mydriasis spastica der rechten Pupille. Myosis links. Hochgradige Atrophie und Parese bezw. Lähmung aller von N. medianus und ulnaris versorgten Muskeln.
123.	Souques, A., Un nouveau cas de syringomyelie. Nouv. Iconogr. de la Salp. 1892. No. 5 (ref. Neur. Centralblatt 1893. p. 98).	62-jähriger Mann. Vor 6 Jahren bemerkte er Thermoanästhesie an den Händen, Abmagerung der Muskulatur, Parästhesie. Paronitien an Händen und Füßen. Mal perforant, Schmerzen in den Beinen. Parese der beiderseitigen Fussstrecker. Sensibilitätsstörung.
124.	Bernstein, J., Ueber Syringomyelie. Medicina No. XI—XIV. 1892. (Polnisch.) (ref. Neur. Centralbl. 1893. p. 99).	68-jährige Frau. Die Krankheit begann vor etwa 10 Jahren mit quälenden Parästhesien in der rechten Hand, denen kurz darauf trophische Störungen folgten. Analgesie an der linken Hand. Skoliose. Krallenhand. Atrophie des Thenar, Hypothenar, Interossei. Fibrilläre Zuckungen an den gelähmten Gliedern. Schmerz- und Temperatursinn an den oberen Extremitäten vollständig erloschen. Diagnose: Syringomyelie.
125.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	17-jähriges Dienstmädchen klagt über Kraftverlust in der linken Hand. Dorsalskoliose von Kindheit an. Atrophie der kleinen Handmuskeln. Fibrilläre Muskelzuckungen.
126.	Derselbe. Ibid. Beob. III.	30 Jahre alter Telegraphist klagt über Schwäche und Atrophie der rechten Hand. Ameisenkriechen. Skoliose. Atrophie der rechten oberen Extremität. Schwäche, fibrilläre Muskelzuckungen. Schmerz- und Temperatursinn an der ganzen rechten Körperhälfte. Linke Pupille breiter als rechte.
127.	Brutton, C., Ein Beitrag zur Casuistik der centralen Gliose des Rückenmarkes (Syringomyelie). Inaugural-Dissert. Dorpat 1892. (ref. Neur. Centralbl. 1893. p. 372. Beob. I.)	38-jähriger Mann. Beginn der Erkrankung vor 9 Jahren. Muskelatrophie der ganzen oberen Extremitäten. Temperatursinn an beiden oberen Extremitäten gestört. Trophische Störungen. Skoliose. Romberg'sches Phänomen. Pupillen eng.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
28.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	27jähriger Mann. Muskelatrophie. Schmerz- und Temperaturempfindung im Bereich des Thorax zumeist hochgradig gestört.
29.	Derselbe. Ibid. Beob. III.	50jährige Frau. Vor 5 Jahren Beginn der Erscheinungen plötzlich. Krallenstellung der Finger, Atrophie der Finger. Interossei. Spastisch-paret. Gang. Parese des linken Mundfacialis.
30.	Derselbe. Ibid. Beob. IV.	26jähriger Mann. Beginn mit Schwäche im l. Bein, später im r. Arm. Nystagmus. Scandirende Sprache. Muskelatrophie. Spastisch-paretischer Gang. Blasen- u. Mastdarmstörungen.
31.	Derselbe. Ibid. Beob. V.	45jähriger Mann. Trauma. Progressive Muskelatrophie. Knarren in den Gelenken der Oberextremitäten. Spastischer Gang. Am linken Beine Lähmung.
32.	Derselbe. Ibid. Beob. VI.	26jährige Frau. Muskelatrophie, syringomyelitishe Dissociation der Sensibilität. Skoliose.
33.	Derselbe. Ibid. Beob. VII.	36jähriger Mann. Plötzlicher Beginn der Erkrankung mit Parästhesien in den Beinen und Gehstörungen. Pupillendifferenz. Störungen des Tastsinns an den Endphalangen der Finger.
34.	Pitres, <i>Lepra et Syringomyelie</i> . Gaz. des hôp. 1892. 1. Dec. No. 137 (ref. Neur. Centralbl. 1892 p. 102).	Nach 3jährigem Aufenthalt in Martinique constatirte Pat. anästhetische Plaques zuerst auf der linken, später trophische Störungen an allen Extremitäten. Dissociation der Sensibilität. Leprabac. gefunden, so dass die Diagn. Lepra gestellt werden musste.
35.	Mann, Ludwig, 2 Fälle von Syringom. nebst Bem. über das Vorkomm. d. tab. Symptomencompl. bei ders. Aus der königl. Univ.-Polikl. zu Breslau. Deutsches Archiv für klin. Med. 1892. p. 112.	57jährige Frau. Die Krankheit begann vor 5½ Jahren. Pupillen ungleich. Es bestehen beiders. Synechien poster. Chorioiditische Herde. Die Sensibilität am Gaumensegel ist herabges. Skoliose. Atrophie an beiden oberen Extrem. Die Sehnenreflexe an den oberen Extrem. fehlen ganz. Romberg'sches Phänomen. Sensibilität v. Nacken, Stirn, Thorax, Armen und Beinen an verschiedenen Zonen herabgesetzt. Trophische secretorische Störungen. Vermehrte Schweisssecretion, Syringomyelie.
36.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	30jährige Frau. Vor 5 Jahren bemerkte sie häufig krankhafte Zusammenziehung der Finger der l. Hand. Schwäche u. Atrophie des l. Armes. Schmerz- und Temperaturempfindung über das Dorsum und Palma man. gestört. Im Gesicht Parese des r. Facialis. Rechte Pupille weiter als linke. Syringomyelie.
37.	Oppenheim, Demonstrat. eines Falles, der zu einem Theil die Erschein. der Tabes dorsalis gezeigt. Berl. klin. Wochenschr. 1892. p. 1069.	Pat. führt ihr Leiden auf ein Trauma zurück, welche im Jahre 1887 eingegriffen. Atrophie und Schwäche der r. Hand, bes. der Interossei. Unsicherer Gang. Krallenhand. Störung der Schmerz- u. Temperaturempfindung in der ganzen linken Oberextrem. Links völlige Analgesie. Kyphoskoliose, Myosis. Blitzartige Schmerzen. Blasenbeschwerden. Spontanfractur des linken Oberschenkels. Diagnose: Gliose.
38.	Schultze, Vorst. eines Falles v. Syr. nach d. Typus Morvan. Dtsch. med. Wochenschr. 1892. p. 1045.	28jähriger Mann. Krümmung der Finger. Muskelschwund. Hautnarbe an Volarfläche. Herabsetzung der Temperaturempfindung und des Schmerzgefühls. Diagnose: Syringomyelie.
39.	Schmidt, Ad., I. Cas. Beitr. z. Nervenpathol. II. Doppelseitige Accessoriuslähmung bei Syringomyelie. Deutsche med. Wochenschr. 1892. p. 606.	23jähriger Schneider. Im Alter von 15 Jahren bekam er schwache Finger. Kyphose. Nach abwärts schliesst sich eine Lordose mit Skoliose. Atrophie der unteren Partien beider Cucullares und Sternocleidomast. Die Vorderarme dagegen zeigen bedeutende Atrophien und Lähmung. Die Schmerzempfind. ist an beiden Armen und an den oberen Partien der Haut und des Halses ganz bedeutend herabgesetzt. Vasomotor. Stör. Troph. Stör. Nystagmus. Vagus-Access.-Lähm. des l. Recurrens und Cadaverstell. u. Atrophie des l. Stimmbandes. Syringomyelie.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
140.	Remak, Neurol. Centralbl. 1892. p. 760.	21jähriger Fährnrich. Progr. Muskelatrophie an der rechter Hand. Wärme- und Kälteempfindung beiderseits bis zu der Schultern herabgesetzt.
141.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	28jähriges Fräulein. Seit 7 Jahren Muskelatrophie an der r. Oberextrem. Herabs. des Wärmesinns, Kältegefühl erhalten
142.	Derselbe. Ibid. Beob. III.	58jähriger Metaldrechsler. Muskelatrophie. Herabsetzung des Temperatursinns und des Schmerzgefühls.
143.	Hallion, Des deviations veritables nervopath. Iconograph. de la Salp. 1892. No. 3 4 (ref. Neur. Centralbl. 1892. p. 652).	Ein Fall von Syringomyelie. Friedreich's Ataxie. Trophische Veränderungen.
144.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	Typischer Fall von Syringomyelie. Skoliose.
145.	Derselbe. Ibid. Beob. III.	Ein Fall mit Hypertrophie der Hände und Füße mit vasomotorischen Störungen und Skoliose.
146.	Grasset et Guibert, Un cas mal. de Morvan. Clin. méd. de l'hôpit. St. Eloi. Paris (ref. Centralbl. für med. Wiss. 1893. p. 346).	Der Fall betrifft einen 27jährigen Schlosser. Panaritien Fingergliederverlust, Nagelwucherungen, Verkrümmungen der Finger. Motorische Schwäche. Temperaturstörung. Syringomyelie.
147.	Dieselben. Ibid. Beob. II.	Die Natur des Leidens hat sich zuerst im December 1890 durch eine infolge von Thermoanästhesie eingetretene Verbrennung am Ofen erkennen lassen. Vasomotorische Störungen, Panaritien, trophische Störungen. Motorische Schwäche. Typus Morvan.
148.	Galloway, M., Syringomyelie. Le mercredi médical. 1892. p. 70.	47jährige Frau, die seit 20 Jahren syringomyelitisch ist. Atrophie der Muskulatur, besonders an der rechten Körperhälfte In der kranken Seite ist die Sensibilität vorhanden, der Temperatursinn aber fehlt.
149.	Krauss, W. C., A case of syringom. The Journ. nerv. and mental diseases 1892. Nov. (ref. Centralbl. für med. Wiss. 1893. p. 121).	30jähriger Mann. Seit einigen Jahren zeigten sich die Symptome der Syringomyelie mit progressivem, relativ schnellen Verlauf. Muskelatrophie, Thermoanästhesie, Analgesie, trophische Störungen der oberen Extremitäten. Skoliose und spastisch paralytischer Gang.
150.	Bernhardt, M., Beitrag zur Lehre v. d. Syringomyelie. Archiv f. Psych. Bd. XXIV. 1892. p. 955.	40jährige Frau. Lähmung an der linken Seite. Linkes Stimmband gelähmt. Gang schwach. Die Sensibilität gestört. Schmerzempfindung ebenso. Syringomyelie.
151.	Derselbe. Ibid. p. 598. Beob. II.	44jährige Frau, die seit 12 Jahren krank ist. Blasen an den Händen. Pat. schwitzt nur auf der rechten Gesichtshälfte. Sensibilität der linken oberen Extremität und der rechten unteren gestört. Diagnose: Gliose.
152.	Derselbe. Ibid. p. 961. Beob. III.	46jähriges Fräulein. Krallenstellung der Finger. Brandwund und Blase an der rechten Hand, ähnlich links. Pupillen beide weit, linke etwas grösser als rechte.
153.	Sokoloff, Die Erkrankung der Gelenke bei Syringomyelie. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. XXXIV. p. 517. 1892.	40 Jahre alte Bäuerin. Vor 4 Jahren fiel sie eine Treppe hinunter. Narben auf der linken Schulter. Atrophie des Musculus deltoideus. Skoliose. Die Muskeln des Thenar u. Hypothenar sind links deutlich atrophirt. Diagnose: Gliomatos des Rückenmarks.
154.	Derselbe. Ibid. p. 526. Beob. II.	23jähriger Bauer. Trauma des linken Fusses. Die rechte untere Extremität ist deutlich atrophirt und verkürzt. Rechts Dorsalskoliose, links Lumbalskoliose. Thermische Anästhesie der oberen Extremitäten. Diagnose: Syringomyelie.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
55.	Derselbe. Ibid. p. 531. Beob. III.	Ein 37jähriger Arbeiter erzählte, dass seine Finger schon längst gelähmt seien. Deutliche Herabsetzung des Schmerzgefühls in der linken Hand, deutliche Herabsetzung der Kraft in der rechten. Vollkommene Paralyse der linken. Diagnose: man denkt an Gliomatose.
56.	Beevor, M., Syringomyelie. Le mercredi medical 1893. p. 595.	23jährige Frau. Atrophie des Thenar u. Hypothenar. Schmerzempfindung beider oberen Extremitäten gestört. Temperaturempfindung gestört. Syringomyelie.
57.	Eisenlohr, Ueber einen Fall v. Morvan'scher Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. 1893. p. 591.	21jähriger kräftiger Bursche. Blasenbildung am Daumen der linken Hand. Schwäche. Zittern. Atrophie der linken Handmuskulatur. Sensibilität herabgesetzt, ebenso Temperatursinn und Schmerzempfindung. Skoliose.
58.	Tornow, Emil, Zur Diagn. der Syringomyelie. Inaug.-Diss. Berlin 1893. p. 28.	38jähriger Arbeiter. 1892 schmerzlose Panaritien der rechten Hand. Seit einigen Jahren Schmerzen in beiden unteren Extremitäten. Sensibilitätsstörung. Ptosis. Gelenkerkrank. Blasenstör. Romberg'sches Phänomen. Diagnose: Syringomyelie.
59.	Hoffmann, J., Zur Lehre von der Syringom. Dtsch. Zeitschr. für Nervenheilk. Bd. III. 1893. p. 2. Beob. I.	28jähriger Landwirth. Ursache des jetzigen Leidens unbekannt. Kitzeln an der Beugeseite des ganzen rechten Armes. Rechte Pupille weiter als linke. Kyphoskoliose. Linke Hand kühl, Haut welk und runzelig. Schwäche der Oberarmmuskeln, bes. des linken Triceps, Schwäche und Atrophie der Strecker und Beuger an den Vorderarmen. Parese und Atrophie aller kleinen Handmuskeln.
60.	Derselbe. Ibid. p. 3. Beob. II.	26jähriger Knecht. Schwäche der rechten Hand. Abmagerung derselben. Rechte Pupille weiter als linke. Muskelatrophie und Parese des ganzen rechten Armes. Hypalgesie an der rechten Hand.
61.	Derselbe. Ibid. p. 4. Beob. III.	49jährige ledige Bäuerin. Abmagerung und Schwäche der linken Hand und Vorderarmmuskeln. Hochgradige Atrophie und Parese der Handmuskeln. Krallenstellung der Finger. An der linken Hand und dem linken Vorderarm Hypalgesie und Thermohypästhesie.
62.	Derselbe. Ibid. p. 5. Beob. IV.	14jähriger Knabe. Skoliose. Schwäche der linken Hand. Abmagerung und Beugestellung der Finger. Rechte Pupille weiter als linke. Atrophie aller Handmuskeln mit fibrillären Zuckungen. Schmerz- und Temperaturempfindung herabgesetzt.
63.	Derselbe. Ibid. p. 7. Beob. V.	36jährige Lehrerstochter. Die Krankheit begann mit Beulen auf dem rechten Handrücken und „sonderbarem“ Griff. Hypalgesie. Atrophie des ganzen rechten Armes. Sprache eigenthüml. Strabismus convergens concomitans. Skoliose; Schmerz- und Temperaturempfindung in der rechten Körperhälfte herabgesetzt. Linkes Bein in toto abgemagert. Gang schwerfällig.
64.	Derselbe. Ibid. p. 8. Beob. VI.	40jähriger Coiffeur. Die Krankheit begann mit starkem Zusammenzucken des ganzen Körpers. Später Brennen; Pelzigsein und Eingeschlafensein der rechten Hand. Atrophie des rechten Armes. Tastempfindung an den Fingerpulpen rechts herabgesetzt. Schmerz- und Temperaturempfindung herabgesetzt.
65.	Derselbe. Ibid. p. 10. Beob. VII.	42jähriger Hülfswärter. Schwäche in den Händen. Brennen u. Eiseskälte in Fingern und Händen. Atrophie u. Zuckungen derselben. Cyanotisch. Schwitzen weniger. Doppelseitige Krallenhand.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
166.	Derselbe. Ibid. p. 12. Beob. VIII.	57jähriger Landwirth. Pat. fiel auf den Hinterkopf. Vor zehn Jahren Panaritium des rechten Mittelfingers. Schwäche Schmerzen und Brennen. Atrophie aller Muskeln des linken Ober- und Vorderarmes; Atrophie und Parese aller kl. Handmuskeln. Fibrill. Zuckungen. Gang spastisch-paretisch. Schmerz und Temperatursinn im linken Arm herabgesetzt. Skoliose.
167.	Derselbe. Ibid. p. 33. Beob. IX.	32 Jahre alter Schuhmacher. Das Leiden begann mit Schrunden und Schmerzen an der linken Hand. Blasen an den Fingern, Zuckungen, Schwäche, Abmagerung, Functionsbeeinträchtigung. Panaritien der rechten Hand. Progress. Muskelatrophie an der linken oberen Extremität. Erweiterung der rechten Pupille. In beiden Beinen spastische Erscheinungen.
168.	Derselbe. Ibid. p. 36. Beob. X.	49jähriger Bauer. Vor 30 Jahren entstand Pelzigsein, Taubsein und Schwäche des linken Armes. Spontane Blasenbildung an den Fingern. Linke Pupille weiter als rechte. Schmerz- u. Temperaturempfindung am ganzen linken Arm. Sehnenreflex des linken Beines gesteigert. Leichter Fussclonus.
169.	Derselbe. Ibid. p. 36. Beob. XI.	35jähriger Bauer. Vor 8 Jahren schmerzhaftes Panaritium am 2. Finger der linken Hand. Rechte Pupille weiter als linke. Skoliose. An beiden Händen tiefe Schrunden neben mächtigen Schwielen. Panaritien. Atrophie des ganzen linken Armes. Die Beuger am Vorderarm sind bereits paretisch. Atrophie und Parese der kleinen Handmuskeln.
170.	Derselbe. Ibid. p. 42. Beob. XII.	41jähriger Ziegler. Die Krankheit begann mit Schrunden und Rissen an den Händen. Panaritien der Finger ohne Schmerz. Später Müdigkeitsgefühl und Schwäche in den Beinen, Strabismus divergens; Nystagmus. Rechte Pupille etwas weiter als linke. Gang unsicher. Skoliose.
171.	Derselbe. Ibid. p. 47. Beob. XIII.	28jähriger Schuster. Beginn des Leidens vor 6—8 Jahren mit leichter, allmählig stetig zunehmender Schwäche beider Hände. Seit 5—6 Jahren Schrunden, Schwielen, an Händen. Skoliose. Muskelatrophie u. falsche Stellung der Hände und Finger mitroph. Störungen der Weichtheile. Schmerz- u. Temperatursinn an der ganzen rechten Kopf- und Halshälfte, sowie am rechten Arm herabgesetzt.
172.	Sonnenburg, Ein Fall von Erkrankung des Schultergelenks bei Gliomatose des Rückenmarks. Berl. klin. Wochens. 1893. No. 48. (Ref. Neur. Centrbl. 1894. p. 315.)	50jähriger Drehorgelspieler. Arthropathie des linken Schultergelenks. Temperatur- und Schmerzempfindungen der linken Extremität herabgesetzt. Die active Beweglichkeit ist stark vermindert.
173.	Stein, Syringomyelie. Neurol. Centralbl. 1893. p. 668.	60jährige Frau, welcher vor etwa 40 Jahren ein schweres Stück Fleisch aus ziemlicher Höhe auf den untersten Theil des Nackens und den obersten des Rückens fiel. Muskelatrophie seit ca. 18—20 Jahren Störungen der Temperatur- u. Schmerzempfindung.
174.	Graf, E., Ueber die Gelenkerkrankung bei Syringomyelie. Beiträge z. klin. Chirurgie. 1893. Bd. X. (ref. Neurol. Ctbl. 1893. p. 699. Beob. I.)	49jähriger Bauer bemerkt seit 10 Jahren eine Schwäche beim Gehen. Seit 6 Jahren spontane Blasen- und Geschwürsbildungen an den Armen. Hochgradige Deformation der Hände mit Beugecontracturen der Finger. Keloide. Spastischer Gang; spontane Ausstossung eines Stückes des Scapula.
175.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	28jähriger Bauer. Panaritien. Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung an den Händen herabgesetzt. L. Zungenhälfte doppelt so dick wie die rechte. Gang spastisch. Skoliose.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
76.	Derselbe. Ibid. Beob. III.	20jähriger Arbeiter. Infolge Sturz allmähliche Auftreibung des rechten Ellbogengelenkes. Atrophie der kleinen Handmuskeln. Hypalgesie und Thermohyperästhesie an beiden oberen Extremitäten. Skoliose.
77.	Derselbe. Ibid. Beob. IV.	17jähriger Bauer leidet seit dem 6. Lebensjahre an periodischen Anschwellungen des linken Kniegelenks. Muskulatur des linken Oberschenkels atrophisch.
78.	Derselbe. Ibid. Beob. V.	48jährige Köchin. Beginn des Leidens vor 22 Jahren mit Abnahme der Kraft der Hände u. zahlreichen schmerzlosen Panaritien an denselben. Seit 10 Jahren Gehbeschwerden. Gang spastisch. Sensibilität alterirt.
79.	Pitres et J. Sabrazès, <i>Lepra system. nerv. a forme syrnigom. Nouv. icon. de la Salpêtr.</i> 1893 (ref. Neurol. Centralbl. 1893. p. 698).	46jähriger Mann. Anästhesie am rechten Daumen; im 42. Jahre entwickelten sich verschiedene trophische Störungen; mal perforant jederseits; Pemphigusblasen an den Beinen und den Vorderarmen. Die Diagnose zwischen „Lepra“ und „Syringomyelie“ schwankte.
80.	Nissen, Fr., Ueber Gelenkerkrank. bei Syringomyelie. <i>Archiv f. klin. Chirurg.</i> Bd. XIV. (ref. Neur. Centralbl. 1893. p. 100). Beob. I.	27 Jahre alter Grubenarbeiter. Skoliose. Blasen am linken Oberarme und der linken Schulter. Vor 5 Jahren Trauma der linken Schultergegend. Romberg'sches Phänomen.
81.	Derselbe. Ibid. Beob. II.	48jährige Frau. Seit 15 Jahren Geschwüre an den Fingerkuppen. Seit 3 Jahren spontane Blasenbildung an der l. Schulter und Erlöschen der Temperatur- und Schmerzempfindung. Allmähl. Schwäche der linken Hand. Anästhesie. Skoliose.
82.	Derselbe. Ibid. Beob. III.	58jähriger Gärtner. Seit vielen Jahren Analgesie der Finger, allmähliche Krallenstellung der Hand. Skoliose. Temperatursinn beiderseits in wechselndem Grade herabgesetzt.
83.	Gessler, Hermann, Ueber Syringomyelie und Morvan'sche Krankh. <i>Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins</i> (ref. Neur. Ctrbl. 1893. p. 373).	62jähriger Pat. Panaritien. Trauma und Atrophie der rechten Schulter. Schwund des linken Pectoralis. Skoliose, starke Atrophie des Thenar und Hypothenar. Schulter- und Armmuskulatur nicht deutlich atrophisch. Deformität der Finger. Temperatur beiderseits herabgesetzt.
84.	Erb, W., Syringomyelie oder Dystrophia muscularis und Hysterie. <i>Neurol. Centralblatt.</i> 1893. p. 177.	26jähriger Zimmermann. Atrophie der oberen Extrem. Pat. fiel etwa aus 1 Meter Höhe zwischen 2 Steine, in Folge dessen Schwellung der r. Schulter. Später Atrophie und Schwäche. Pectoralis r. geschwunden. Supraspinatus beiders. atrophisch. Dissociirte Hemianästhesie. Stereognostischer Sinn und Muskelgefühl, sowie Schmerzempfindung an der rechten Seite herabgesetzt, ebenso Temperatursinn. Diagnose: Syringomyelie.
85.	Goldschmidt, D., Ein Fall von Syringomyelie. <i>Wiener klin. Wochenschrift</i> 1893. p. 471.	58jährige Dienerin. Im 50. Lebensjahre spürte sie beim Husten reiss. Schmerzen in der rechten Schulter und Schwäche ders. Skoliose. Atrophie des rechten Armes und der Muskulatur der Schulter. Handmuskeln des Thenar, Antithenar, Interossei am intensivsten atrophirt. Störung des Schmerz- und Temperatursinns links. Trophische u. secretorische Störungen. Syringomyelie.
86.	Gowers, W. R., A clinical lect. on a case of syringomyel. <i>Clin. Journ.</i> 1893. 31. Mai. (Ref. Neur. Centralbl. 1893. p. 698.)	Typischer Fall von Syringomyelie. Sensibilitätsstörung. Das Leiden ist hauptsächlich in den Beinen verbreitet.

No.	Autor.	Klinische Symptome.
187.	Verhoogen, R., La syringomyel. Journ. de med. de chirurgie et pharm. 1893. No. 22 (ref. Neur. Centralblatt 1893. p. 698.)	Typischer Fall von Syringomyelie. Interessant ist eine nebenbei erwähnte Beobachtung des Verfassers, bei welcher die Syringomyelie als Familienerkrankung auftrat und gleichzeitig zwei Schwestern und einen Bruder befiel, Die Eltern waren Alkoholiker.
188.	—	Siehe No. 183.
189.	Charcot, Arthropathie syngomyeliques. Progr. méd. 1893. No. 17 (ref. Centralblatt f. medic. Wiss. 1893. p. 650). Beob. I.	29jähriger Mann, der plötzlich an einer doppelseitigen Coxitis mit Dislocation erkrankte. Hyperästhesie an der Stirn; Blasenstörungen Oculomotoriuslähmung und Larynxspasmus. Patellarreflexe waren erhalten. Es handelte sich um eine spinale tabische Arthropathie.
190.	Derselbe. Beob. II.	32jähriger Mann. Vor sieben Jahren traten Hyperästhesie der Hüfte auf. Nystagmus. An den r. oberen Extremitäten Verlust der Schmerz- u. Temperaturempfind. Blasen und Ulcerationen der Haut. Die Muskeln der rechten Schulter atrophisch und zeigten fibrilläre Zuckungen. Es handelt sich demnach hier um eine syringomyelische Gelenkerkrankung.
191.	Colemann, A case of syringomyelie. The Lancet 1893. Août 12. No. 3650. p. 362. (ref. Gaz. hebdom. 1893. p. 466.)	36jähriger Pat. Seit zehn Jahren Schmerzen der Interossea Atrophie der Muskeln. Trophische Störung. Oedem. Krallenhände. Sensibilität gestört. Diagnose: Syringomyelie.
192.	Neumark, Syringomyelie. The med. news 1883. 22. Juillet. No. 4. p. 85 (ref. Gaz. hebdom. 1893. p. 466.)	26jährige Frau ist seit 6 Jahren krank. Progressive Muskelatrophie. Sensibilität gestört. Diagnose: Syringomyelie.
193.	Homén, A. E., Bidrag till känneden im syringomyelie.	3 Fälle von Syringomyelie. Symptome: Anfälle v. Schweiß am Kopf, Hals und am oberen Theil der Brust. Panaritien. Substanzverlust in Folge von Nekrose; in einem Fingerphalanx bestand Skoliose, in einem anderen Kyphose. In keinem von allen Fällen zusammen war Heredität anzunehmen, ebensowenig Syphilis oder ein vorhergegangenes Trauma.
195.	Nord. med. ark. 1894. N. F. IV. 1. No. 1 (ref. Neurol. Centralbl. 1894. fi. 376).	18jähriger Mann. Kriebeln, Schwindel. Muskelschwund an der linken oberen Körperhälfte und Hitzegefühl. Nystagmus. Facialislähmung rechts. Parese des rechten Gaumensegels und rechtsseitige Recurrenslähmung. An den Extremitäten fand sich eine Atrophie. Die Sensibilität herabgesetzt. Gang leicht atastisch. Romberg's Symptome.
196.	Müller, Franz Hermann, Syringomyelie mit bulbären Symptomen. Dtsch. Archiv f. klin. Med. Bd. LII. (ref. Neurol. Centralblatt 1894. p. 314.)	46jährige Israelitin. Die Krankheit begann vor 8 Jahren mit Schwäche der Nackenmuskeln auf der rechten Seite mit heftigen längs des rechten Oberarmknochens ausstrahlenden Schmerzen Panaritien. Atrophie des linken Fusses und beider Hände. Temperaturstörung beider Hände. Vasomotorische Störungen an den unteren Extremitäten. Störung des Ganges. Syringomyelie.
197.	Prus, Jean, Ueber die Verhältnisse der Morvan'schen Krankheit z. Syringomyelie u. Lepra. Preglad lekarski No. 48 à 52 (ref. Jahreshb. Virchow 142. 1894).	21jähriges Mädchen. Beginn der Erkrankung vor 4 Jahren mit troph. Störungen der Haut und Handmuskulatur. Therm. anästhesie und Analgesie. Muskelatrophie. In den trophischen Muskeln ist die elektr. Erregbarkeit stark herabgesetzt. Skoliose.
198.	Lenz, Ueber Syringomyelie. Inaug.-Diss. Freiburg 1892 (ref. Neurol. Centralblatt. 1894. p. 376).	24jähriger Pat. Chronische Hydrocephalus. Im 18. Lebensjahre zeigten sich syringomyelische Erscheinungen. Im 19. Lebensjahre bekam Pat. Epilepsie. Tod an Erschöpfung nach prologierten und gehäuften epileptischen Anfällen. Die Autopsie wurde nicht gestattet.
199.	Vought, W., A case of syringom. N.-Y. med. Journ. 1892. 11. Juni (ref. Neurol. Centralbl. 1893. p. 710).	

No.	Autor.	Klinische Symptome.
10.	Coley, W. B. et Abbe, R., Syringomyel., operation explorat. of cord. Wildrawal of fluid exhibition of patient. The Journ. of nervous and mental disease. July 1892. No. 7. p. 519 (ref. Gaz. hebdom. 1892. p. 502).	22jähriger Mann, der an Meningitis spinalis gelitten hat. Spastische Paraplegie rechts. Sensibilität gestört. Thermoanästhesie am linken Bein. Störung der Blase. Tod. Section fehlt.
11.	Peterson, Fred., A case of acromegaly combining with syringomyelie. N.-Y. med. Record. 1893. 23. September (ref. Neur. Centralblatt 1893. p. 825).	35jähriger Pat. Hände bedeutend vergrößert. Andeutung von Krallenhand. Schwäche der Schultermuskulatur, Skoliose. Myosis. Pupillenreaction träge. Analgesie in der linken Schultergegend und Halsregion. Im linken Beine Schmerz bei Kälteberührung. Autopsie verweigert.

## Gruppe II.

61 Fälle mit Spinalerkrankungen und Sectionsbefund.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
1.	Charlewood, Tumor, Syringomyel., The Brit. med. Journ. 1887. Dec. 10. p. 1281. Ref. Neur. Centralbl. 1888. p. 77.	Patientin, die zu Krampfanfällen neigte. Brandwunden, die während eines solchen Anfalls entstanden, führten den Tod herbei.	Im Rückenmark fand man eine Höhle, die von der Medulla oblongata nach unten durch das ganze Rückenmark ging.
2.	A. Joffroy et Ch. Achard, Sur l'amyelie cervic. observ. reflect. pathogenie des cervitaines. Arch. de Physiol. XIX. p. 435. (Ref. Jahresb. Virchow 1887. Bd. II. p. 140.)	31jähriger Mann. Atrophie der rechten Oberextremität, eine sog. „Predigerhand“, später auch links und rechts am Oberarm atrophische Zustände darbot.	Rückenmark. Canalförmiger Hohlraum im Mark, vom obersten Cervicaltheil bis zur unteren Dorsalregion hin, bes. betroffen: Die Hinterhörner und Hinterstränge, im Cervical- und oberen Dorsaltheil auch Vorderhörner.
3.	Dieselben. Beob. II.	21jähriger Mann. Schwäche sämtl. Extrem. Verschlimmerung nach einem apoplectiformen Anfall. Zunehm. Parese und Contractur der Extrem.; allgem. Atrophie der Muskeln bei erhalten bleib. Erregbark.	Rückenmark: Myelitischer sklerotischer Herd in der Cervicalportion des Marks. Hohlraum hinter dem Centralcanal; der sklerotische Herd ergreift (bes. rechts) die Seitenstränge; consecutiv absteigende secundäre Degeneration, Vordersäulen des Marks intact.
4.	Silcock, Syringomyelie. The Brit. med. Journ. 1888. Jan. 7. p. 21. Ref. Neurol. Centralbl. 1888. p. 161.	23jähriger Mann hatte stürzend den Halstheil der Wirbelsäule gebrochen. Der Körper des 5. Wirbels war zermalmt und nach hinten etwas dislocirt, wodurch eine Eindrückung in dem Rückenmarkcanal entstand. Auf dieser Stelle war das Rückenm. abgefl.	Rückenmark: Am 2. Halswirbel längliche, spaltförmige Höhle. Allgem. Sklerose. Die Wände der Höhle sind von Bindegewebe, welches ein feines Netzwerk darstellt und reichlich Kerne zeigte, gebildet, auskleidende Membran rau. Der Centralcanal steht mit der Höhle nicht in Verbindung.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
5.	Seeborn, Carl, Ueb. einen Fall von Tumor der Med. spin. mit Syringomyelie. Inaug.-Diss. Strassburg 1888.	30jähriger Mann. Anästhesie des linken Fusses. Gefühl von schweren Füßen. Rechte Pupille etwas weiter als linke. Sensibilität der unteren Extremitäten herabgesetzt. Rechte Unterextremität gelähmt. Decub. Compl. Parapl. Sensibilität vollständig. Anästhesie an den unteren Extrem. Exitus.	Im Rückenmark Tumor, im 6. Cervicalen Höhle. Die Wurzeln d. Hinterstränge sind atrophisch, die Wandung enthält keilförmiges Epithel. Die Goll'schen Stränge degeneriert. Ferner bildet sich eine Spaltung, die zum 8. Dorsalnerv reicht. Gegen Ende des Dorsalmarks hat sich der Hohlraum zusehends verkleinert. Der Centralcanal liegt offen.
6.	Raymond, F. Note sur un cas d'hydromyélie. Arch. de Physiologie. 1888. p. 389. Ref. Jahrb. Virchow. 1888. Bd. II. p. 116.	47jährige Frau, die 26 Jahre krank gewesen. Schwäche in den unteren Extrem. Lähmung der Beine, späterhin auch Parese der oberen Extremitäten. Die Sensibilität wurde nicht gestört. Gegen Ende des Lebens Decubitus, Spinkter-Lähmung. Polyurie.	Autopsie: Hochgradige Erweiterung des Centralc. in seiner ganzen Ausdehnung. Ausser Hydromyelie chronisch entzündliche Veränderungen des Rückenmarks, z. T. auch des Gehirns, welche der Verfasser als das Primäre in dem Krankheitsprocess ansieht.
7.	Chiari, H., Ueber d. Pathogenese d. sog. Syringomyelie. Zeitschr. f. Heilk. 1888. IX. 4 und 5 p. 307. Ref. Schmidt's Jahrbuch. 1888. II. p. 140.	Eine 32jährige Frau. Geschwürbildung an der rechten Hand. Später Muskelschwund an Händen und Armen, Parese der Beine, Blasen- u. Mastdarmstörungen. Schliesslich hatte eitrige Entzündung der Harnwege zum Tode geführt. (Unvollst. Krankengeschichte.)	Im Rückenmark fand man eine in der Höhe des 3. Halsnerven beg. bis zum unteren Brustmark reichende hauptsächlich der Gegend des Centralcanals u. die hintere Hälfte des Markes einnehm. Neubildung. Dieselbe umschloss eine vom 4. Halsnerven bis zur Mitte des Brustmarks reichende Höhle mit unebenen Wandungen. Die Wände der centralen Höhle waren zu meist mit Cylinder epithel bekleidet.
8.	Volkman, Rudolf, Beiträge zur Lehre von Gliom und der secund. Degen. des Rückenm. Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 42. p. 433. 1888.	66jähriger Schneider. Ohne eine Ursache zu wissen, bekam er plötzlich in beiden Beinen das Gefühl, als ob das Blut von den Knien nach d. Fussspitzen laufen wollte. Krämpfe im r. Bein. Störungen an der Blase. Complete Paralyse des rechten Beines. Starke Hyperästhesie für Tast-, Schmerz- u. Druckempfind. Patellarreflex fehlt, ebenso Bauchdecken- u. Cremasterreflex. Complete Anästhesie für Druck. Schmerz- und Temperaturempfindung. Später Retentio urinae et alvi. Motilität des linken Beines herabgesetzt. Decubitus in der Sacralgegend. Starke Hyperalgesie in der untern Körperhälfte. Exitus letalis.	Rückenmark: Es handelt sich um ein Gliom, der sich an der Peripherie des Rückenmarkes befindet. Der Centralcanal ist nirgends, wie das bei Gliom häufig der Fall ist, in eine weite Höhle verwandelt, sondern nur in geringer Ausdehnung durch das Oedem etwas erweitert, zeigt aber sein Epithel vollkommen erhalten. Das Faserwerk der Glia deutl. und sehr charakteristisch am Aufbau der Geschwulst theilhaft. Die Gefässe sind selten. Es ist kein Zweifel dass hier ein Gliom vorliegt.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
9.	Kiewlicz, Maryan, Ein Fall v. Myelitis transversa, Syringomyelie, multipler Sklerose und secundärer Degeneration. Archiv f. Psychiatr. Bd. XX. p. 21. 1888.	22jähriger Bauer. Als Cavalierist im Militär fiel er von der Höhe von 4—5 Mtr. herunter auf den Kopf. 3 Monate nach dem Sturze begann die Krankheit mit Incontin. urinae et alvi und schwerem Gange. Am 10. Brustwirbel eine leichte Prominenz. Die untern Extrem. sind angezogen. Die Sehnenreflexe an den untern Extrem. sind enorm gesteigert, bes. r. Decubit. Fieber 40,4 morgens, ab. 37,2. Die untern. Extrem. ödematös. Pat. wurde schwächer. Plötzl. Tod an Fieber.	Autopsie (von Recklinghausen). Im Halsmark ist eine starke Dilatation des Centralcanals, der 2—3 Mm. im Querdurchmesser ist. Degen. der Goll'schen Stränge. An Med. obl.: Degen. der Funiculi graciles. Schwund sämtlicher Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen, Hinter- und Seitenhörner, Atrophie der Clarke'schen Säulen. Grossartige hyaline Degeneration der Gefässwände. Befund in den degenerierten Kleinhirn- und Pyramidenstrangbahnen und in den Goll'schen Strängen.
10.	Kronthal, Syringomyelie. Neur. Centralbl. 1888. p. 332.	62jährige Frau fühlt Schmerzen in den Armen und Beinen, denen sich Krämpfe zugesellen. In beiden Armen herabgesetzte Sensibilität in allen Qualitäten. Vollständige motorische Lähmung beider Beine. Hautreflexe nicht nachweisbar, Patellarreflexe beiderseits sehr stark. Hochgradige spastische Contraction der untern Extremitäten. Es trat Enuresis, Incontinentia alvi ein.	Rückenmark: 2.—4. Cervicalnerven, Tumor von länglich runder Form. Etwa 1 Ctm. unter dem untern Ende des Tumors sieht man 2 grössere u. eine kleinere Höhle. In der Gegend der Lendenanschwellung scheint im Centralcanal sich ein kleiner, wohl secundärer Tumor entwickelt zu haben, auch sind hier wiederum zwei kleinere Höhlen als die oberen bemerkbar.
1.	Schultze, F., Klinisches und Anatomisches über die Syringomyelie. Zeitschr. f. klin. Medic. 1888. Band XIII. p. 538.	36jährige Mann. Schmerzen in der rechten Hand. Später Krallenstellung der Finger beider Hände. An beiden Kleinfingerballen deutliche EaR. An der linken Hand ist das Hypothenar atrophisch und paralytisch. Temperatur- u. Schmerzempfind. deutlich abgestumpft. An der linken oberen Extrem. verhält sich die Muskelatrophie ganz ähnlich derjenigen der rechten Hand. Leicht spastischer Gang, bes. rechts. Patellarreflexe gesteigert. Gangrän der Endphalangen des Zeigefingers. Sepsis und Tod.	Rückenmark: In der Gegend des Centralcanals entsteht ein breiter Querspalt, der sich nach links zu bis an die äussere Peripherie des Seitenhornes, nach rechts zu der Längsaxe des Hinterhorns folgend, fast bis an das Ende ders. an der Pia hinzieht. In der vord. grauen Substanz finden sich Höhlen. Erhebl. Vermehrung der Glia um den Spalt. In der Höhe der Pyramidenkreuzung findet sich nur noch eine kleine Erweiterung des Centralcanals von vorn nach hinten.
2.	Derselbe. Ibid.	Ein 12jähriges Arbeiterkind fiel zweimal bewusstlos um. Gang unsicher. Hörfähigkeit besonders links reducirt. Sehsehärfe herabgesetzt. Pupille sehr weit, schwach, auf Licht reagierend. Beiderseits Stauungspapillen. Rasch auftretende Blässe des Gesichts. und schnell eintretender Exitus letalis.	Autopsie: Gliom, welches um den 4. Ventrikel gelegen ist. Abnorme Wucher. in der Substanz des Wurmcs. Im Rückenmark der Halsanschwell. zeigt der Centralcanal eine erhebl. Erweiterung. Die Hauptausdehn. der abnormen Höhle reicht von vorn nach hinten, selbst an die Hinterstr. Theilw. ist sie mit Epithel ausgekl., anderers. mit Gliafasermasse eingefasst.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
13.	Gieson, Oravan, A. Report of a case of syringomyelie. Journ. of nerv. and ment. Dis. IX. 7. p. Juli. 1889. Ref. Schmidt's Jahrb. 1890. II. p. 143.	47jähriger Farmer. Taubheit im linken Bein, dann im rechten. Gürtelgefühl und Zunahme der motorischen und sensibl. Störungen in den Beinen; im weiteren Verlaufe zeitweise Sphinkterlähmung. Unfähigkeit zu gehen, Fussödem; im letzten Monat stärkeres Oedem und Decubitus.	Bei der Section fand man in der Mitte des Dorsals gelegend eine spindelförmige Verbreitung des Rückenmarks durch einen röhlichgrauen Tumor, 8 Ctm. nach oberhalb und 5 Ctm. nach unterhalb von der Tumor eine centrale röhrenförmige Höhlung mit dünner, glatter, durchsichtiger Wand von 2 Mm. bis $\frac{3}{4}$ Ctm. Durch den Tumor war ein teleangiectatische Gliosarcom, ging von der Wandung der Höhle aus und war in die letztere eingewachsen, so dass er das Lumen verschloss. Die Höhlung war vor Entwicklung des Tumors vorh. und stellte vielleicht einen angeborenen Defect dar; sie wurde modificirt, bez. vergrößert durch das Wachsen der Geschwulst.
14.	P. de Jong, Ueber einen unter dem Bilde der progress. Bulbärparalyse verlaufenen Fall von Syringomyelie. Inaugural-Diss. Freiburg 1889.	26jährige Dienstmagd. Asymmetrie der Mundwinkel. Rechte Zungenhälfte etw. atrophisch. Fibrilläre Zuckungen bestehen beiderseits. Linksseitige Recurrenslähmung. Der rechte Arm und das rechte Bein scheinen etwas paretisch zu sein. Der linke Hypothenar ist atrophisch. Mors per asphixium.	Rückenmark: In der Pyramidenkreuzung Spaltung etwas weiter nach unten. Höhle die manchmal mit dem Centralcanal in Verbindung steht. In einigen Schnitter sind die beiden Hinterhörner angegriffen. Die Höhle ist ohne Epithelien. Man constatirt Gliom.
15.	Joffroy und Ch. Achard, Un cas de Morvan avec autopsie. Arch. de méd. experim. and Anatomie Pathol. 1890. No. 4. Ref. Neurol. Centralblatt. 1891. p. 178.	Die 75jährige Pat. bekam an beiden Händen symmetrische Panaritien, die alle Finger mit Ausnahme des rechten Daumens befielen. Die Sensibilität ist an den Händen herabgesetzt. Schmerz-, Temperatur- und Tastsinn ebenso.	Meningen des Rückenmarks etwas verdickt. An den Hinterhörnern u. Hintersträngen Höhle. In dieser Höhle befinden sich Bindegewebsstränge, Hintersträngesklerotisch mit Ausnahme des Streifens, ebenso sind auch die Kleinhirn- und Goll'schen Stränge sklerot. Nahe bei dem Centralcanal liegt die Höhlung. In der Cervicalregion hat die Höhle die Hinterhörner und Hinterstränge fast völlig zerstört. Die Contouren der Höhle sind unregelmässig. Der Centralcanal fehlt. Vorderhörner degenerirt.
16.	Berkley, Syringomyelie. Brain, Winter Part, 1890.	Die Krankengeschichte zeigt (post mort. durch Anamnese erhoben) linksseit. spastische Parese mit Sensibilitätsstörung (nichts Näheres) und Muskelatrophie. Der Tod erfolgte plötzlich durch starke Blutungen in der Halsregion.	In dem Rückenmark fand man 2 getrennte Höhlen: eine im Halsmark, fast die ganze rechte Substanz einnehmend; die andere im unteren Dorsal- und Lendenmark, die das Hinterhorn zerstörte. Diese hyaline Degeneration sieht B. für das Primäre an; der Zerfall der Herde soll zu Höhlenbildung und Blutungen geführt haben.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
7.	Brühl, J., Contribution à l'étude de la Syringomyelie. Thèse de Paris. 1890. p. 128.	Alte Frau. Predigerhände. Atrophie der kleinen Muskulatur der Hände. Sensibilitätsstör., Analgesie u. Thermoanästhesie beider oberen Extremitäten, d. h. dissociation syringomyelique. Skoliose an der Region dorsolocualis. Une paraplegie spasmodique des membres inferieures avec contractions des pieds en extens., exagération enorme de reflexes rotuliens. Diagnose: Syringomyelie. Tod an Bronchopneumonie.	Autopsie (par M. Bloeg): Im Rückenmark fand man eine Höhle, die von der Cervicalregion bis zur Lumbalartse verlief. Die Höhle hatte eine Grösse von 4 Ctm. Die Wände sind theilweise mit Epithel bekleidet, theilweise sind sie ohne.
18.	Holschewnikoff, Ein Fall von Syringomyelie und eigentlicher Degeneration der peripheren Nerven, verbunden mit trophischen Störungen. Acromegalie. Virchow's Archiv. Bd. 119. 1890. p. 11.	Fuhrknecht, 36 Jahre alt. Er wurde angeblich plötzlich von Krämpfen befallen, welche an den unteren Extremitäten anfangen und sich in wenigen Tagen über den ganzen Körper verbreiteten. Schliesslich entwickelt sich, nach der Meinung des beobachtenden Arztes, ein richtiger Tetanus daraus; Tod, einige Tage nach seiner Aufnahme in das Spital.	Autopsie (nach Recklinghausen): An der 3. Wurzel des 1. Hinterhorns findet sich ein Spalt. An der 7. Wurzel ein Canal 1,0 Mm. lang, 3,0 Mm. breit und 5,0 Mm. dick. Etwas unter der Mitte des Brustmarks hört die Höhle auf. Sie liegt am r. Vorderhorn. Unter dem Mikroskop fand man folgendes: Die Abnormalität beginnt erst vom 2. Halsnerven, welche in einer Wucher. besteht und sitzt im Hinterhorn. An der Grenze d. Hals- und Brustmarks liegt die syringom. Höhle zieml. symmetrisch und verbreitet sich
gleichmässig in die beiden Hinterhörner. An dem oberen Brustmark geht die Höhle in den Centralcanal. Hinter- und Vordertheile der Höhle sind mit fast normal aussehenden Cyli- nderepithelzellen bekleidet. Die syringom. Höhle tritt wieder in 6. Brustnerven. Sie steht immer so, dass sie mit dem Centralcanal in Verbindung bleibt. Schliesslich bleibt die Höhle nur im r. Vorderhorn bestehen, ohne mit dem Centralcanal zu communiciren u. in der Höhe des Abganges des 9. Brustnerven schwindet sie gänzlich, gleichzeitig auch die glöse Wucherung in ihrer Umgebung.			
19.	Rossolimo, G., Zur Physiol. d. Schleife (ein Fall von Gliomatose eines Hinterhorns des Rückenmarks. Arch. f. Psychiatr. 1890. XXI. p. 897.	18jähriger Virgo. Anästhesie d. Temperatur- u. Schmerzgefühls am linken Arm, an der linken Halsseite und an der Oberhälfte des linken Beines. Die Sehnenreflexe sind auf der linken Seite etwas erhöht, die Plantarreflexe dagegen etwas herabgesetzt. Die Schmerzempfindung an der linken oberen Extremität, linken Halsseite, linken Thorax und Temperaturgefühl an der linken oberen Extremität verloren. Ort- und Drucksinn an der linken Hälfte des Körpers herabgesetzt. Tro-	Rückenmark verdickt. Am Cervicaltheil sieht man eine Neubildung, in deren Mitte man eine Höhle mit unregelmässigen Contouren bemerkt. In der Mitte des linken Hinterhorns erfolgt eine Spalte, welche in Cervicaltheile mittelst ihres centralen Endes mit der erwähnten Höhle communicirt. Die mikrosk. Untersuchung ergiebt, dass diese Neubildung Gliom ist, die am linken Hinterhorn ihren Sitz hat. Das Lumen des Centralcanals ist frei, Hinterwurzeln verschwunden. An der IV.—VII. Dorsalwurzel sieht man das Gliom, das nicht nur die linke Hälfte umgreift, sondern theilweise auch in der rechten vorhanden ist. In der Höhe der

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
		phische Störungen: Am linken Vorderarm ein kleines Geschwür und daneben eine röthliche Anschwellung. Tod an Sepsis.	I.—IV. Dorsalwurzel hat das Gliom am Hinterhorne eine wurstförmige Gestalt. An der V. Halswurzel ist es dicker und hier befindet sich die Höhle in der Geschwulst. Das Gliom nimmt das Hinterhorn ein. Auf d. Höhe der 1. Halswurzel umgreift es nur einen ganz schm. Streifen. Autopsie: Man hat in dem Rückenmark eine Erweiterung des Centralcanals gefunden. (Weitere Angaben fehlen.)
20.	Jeffries, J. A., Two cases of Syringom. J. of new. and ment. 10. Sept. 1890. Jhrb. Virch. Bd. II. p. 114.	Typischer Fall von Syringomyelie. Seit 17 Jahren bestand Verkrümmung der Wirbelsäule. (Weitere Angaben fehlen.)	
21.	Daxenberger, Frz., Ueber Gliombildung und Syringomyelie im Rückenmark. Inaugural-Dissert. Erlangen. 1890 p. 34.	17jähriger Dienstknecht. Wirbelsäulenverkrümm. Stör. beim Wasserlassen. Geschwüre am Rücken und am linken Knie. Am Rumpf ist die Sensibilität von der Höhe des 9. Brustwirbels ab für alle Qualitäten etwa 2 Finger breit, noch schwach vorhanden. An den unteren Extrem. Motilität vollständig aufgehoben. Sensibilität rechts und links total für Qualitäten aufgehoben. Decubitus, Incont. urinae. Die motorische Lähmung der Beine ist wie bisher total, die Muskulatur der unteren Extrem. atrophisch. Es wurde in diesem Fall Myelitis transversa acuta des Rückenmarkes (mit Cystitis) diagnosticirt. Exitus letalis infolge zunehm. Schwäche und anhaltendem Schlaf.	Rückenmark: Am oberen Brustmark merkt man eine spindelförmige Anschwellung, deren Querdurchmesser fast 2 Ctm. und Sagittaldurchmesser 1,4 Ctm. ist. Consistenz schmierig-schleimig. Höhlenbildungen vorhanden. Der Tumor verbreitet sich in das Lendenmark. Am Halsmar Degeneration der Goll'schen Stränge. In obersten Brustmark beginnt die Neubildung im Gebiet der Hinterstränge. Der Centralcanal ist total in die Neubildung aufgegangen, keine Spur von Ganglienzellen oder Nervenfasern. Die Neubildung ist Gliom, ohne eigentliche Höhlenbildung. An den Hinterhörnern des Lendenmarks, namentlich rechts bemerkt man einige atrophische Gliazellen. Im Centralcanal keine Spur von Epithelzellen.
22.	Francotte, Xavier, Etudes sur l'anatomie patholog. de la moelle épinière syringomyelie. Arch. de Neurol. 1890. XIX. No. 56, 57, 58.	66jähriger Mann. Parese der unteren Extremitäten, die das Gehörvermögen aufgehoben hatte; Gürtelschmerzen und Neuralgien in den unteren Extremitäten; Patellarreflexe aufgehoben; weitere klinische Daten fehlen.	Rückenmark: In der Cervicalanschwellung ist Degeneration der Goll'schen und der inn. Partien der Burdach'schen Stränge. Nach dem Lendenmark zu beschränkt sich die Erkrankung der Hinterstränge immer mehr auf die Goll'schen Stränge allein, während in den Seitensträngen die Pyramidenseitenstranggegend sich erkrankt zeigt und sich weiter nach unten zu immer mehr beschränkt.
23.	Derselbe. Beob. III. (die II. ist rein anatomisch).	Ein 21jähriges Mädchen erkrankte acut an einer completen Paralyse der unteren Extremitäten; Incont. urinae et alvi und starb an acutem Decubitus 23 Tage nach Beginn der Erkrankung.	Rückenmark: In dem oberen Theil des Dorsalmarks fanden sich myelitische Herde in allen Theilen der weissen Substanz. Kernwucherung, Degeneration der Ganglienzellen; ebenso der Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen; weiter nach oben und nach unten zu ähnliche, aber quantitativ geringere Veränderungen.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
24.	Derselbe. Beob. IV.	62jähriger Mann. Acute Paralyse der Beine u. der Sphincter, acuter Decubitus u. starb 25 Tage nach Beginn der Erkrankung.	Autopsie: Der Hauptherd der Myelitis fand sich vom 2.—5. Dorsalnerv. Mikroskopisch zeigen sich reichliche. Corpp. amy-lacea.
25.	Jaquet, S. Sur un cas de syringomyelie. avec ulcère trophique de plexus cervicobrachial droit. Le mercredi médic. 1890. p. 20.	Pat., der in Algier von einem Skorpion in den Finger gebissen wurde, bekam in Folge dessen eine Phlegmone. Sensibilität an der oberen Extremität gestört. Tod.	Autopsie: Im Rückenmark fand man eine typische Syringomyelie „avec cavités dans les cornes postérieures“.
26.	Galloway, Syringomyelie. Brit. med. Journal. 1891. 21. März. p. 641.	Pat. ist 43 Jahre alt. Progressive Paralyse mit Irresein: „Er hat den Teufel im Leibe“. Sensibilitätsstörungen. Weitere Angaben fehlen.	Rückenmark: Bei Querschnitten constatirt man, dass sich von der ob. Halsgegend bis zur Lendengeg. eine Höhle ersreckt Neuroglien nahmen in umgekehrten Verhältniss zur Weite der Höhle zu und ab und ersetzten beinahe gänzlich das Grau der Hörner. Hier ging der Canal in die Höhle auf.
27.	Jegorow, Ein Fall von Syringomyelie. Neurolog. Centralbl. 1891. p. 406.	Syphilitiker, welcher bei Lebzeiten eine Paraplegia inferior mit Atrophien, Verlust d. Sehnenreflexe und Anästhesien gehabt hatte; bei aufgehobener Pupillenreaction auf Licht.	Im Rückenmark fand man tabische Degenerationen. Syphilitische Veränderungen der Gefässe, einige Spalten im Rückenmark. Hyperplasie.
28.	A. Joffroy et Ch. Achard, Nouvelle autopsie de maladie de Morvan, syringomyelie. Arch. de méd. exper. et d'anatomie pathol. 1891. No. 1. (Ref. Neurol. Centralblatt 1891. p. 506.)	Die 30jährige Pat. erkrankte an Convulsionen, die anfallsweise und in unregelmässigen Zwischenräumen auftraten und an epileptische Anfälle erinnerten. 4 Jahre später gesellten sich die Erschein. eines Morb. Basedowii dazu. Ca. 8 Jahre nach Beginn des Leidens trat nach einer Reihe von convulsivischen Anfällen, die den Eindruck eines Status epilepticus hervorriefen, der Tod ein.	Autopsie: Syringomyelie im Cervical- und obersten Dorsaltheil des Rückenmarks. Die Wand der Höhle ist meist scharf begrenzt, an vielen Stellen selbst zu isoliren. Gegen das Ende der Höhlung fand sich ein gewisser Substanzverlust mitten im Nervengewebe von der Peripherie und dort eine Art amorphen Exsudats. Hier liegt nicht ein Gliom oder Gliomatose, sondern eine diffuse Neubildung oder ein Infiltrat vor.
29.	O'Carrol, J. F., Syringomyelie. Brit. med. Journ. 1891. 21. April. p. 916. (Ref. Neurol. Centralbl. 1891. p. 506.)	Ein 32jähriger Telegraphenbeamter, der seit 2½ Jahren an spastischer Paralyse litt; sprach stammelnd. Incontinentia urinae et alvi. Decubitus.	Autopsie: Der Centralcanal des Rückenmarks in den unteren Dorsal- und oberen Lumbalregionen war auf ungefähr 4 Zoll erweitert. Schnitte zeigten die epitheliale Auskleidung des Canals mit stellenweiser Zerreissung der Continuität der Epithelien.
30.	Hochhaus, Heinr., Zur Kenntniss des Rückenmarks-Gliom. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 1881. Bd. 47.	Ein 25 Jahre alter Landmann. Nach durchgemachter Lungenentzündg. bemerkte er später Lähmung. Atrophie d. r. Armes u. schwere Bewegung. Muscul. latissimus dorsi atrophisch, auch pectoralis. Die	Rückenmark: Vom 2. Cervicalnerv an beginnt eine spindelförmige Anschwellung. Sectionsdiagnose: Gliom des Halsmarkes in der Höhe des 3. Cervicalnerven. Die Schnitte des Rückenmarkes zwischen d. 2. u. 3. Cervicalnerven ergaben: Rechts Tumor. Der Tumor ist im r. Seiten-

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
31.	Eisenlohr, Zur pathologischen Anatomie d. syphilitischen Tabes. Neurologisch. Centralblatt. 1891. p. 415.	Sensibilität am Rumpfe, sowie in sämmtl. Extremit. in allen ihren Qualitäten deutlich abgeschwächt. Dyspn. Die Stimme ist heiser. Exitus letalis an plötzlichem hohem Fieber. 45jährig. Arbeiter m. hereditärer Syphilis belastet. Reflectorische Pupillenstarre. Romberg'sches Symptom. Mangel der Sehnenreflexe, Sensibilitätsstörungen waren die hervorstechenden tabischen Sympt. Starke Cyanose u. Kälte d. Extremitäten u. d. Gesichts. Incontinenz von Blase u. Mastdarm trat ein. Pat. starb 4 Mon. nach d. Aufn. an einer Tubercul.	strang lokalisiert. Ein Centralcanal ist nicht mit Sicherheit nachzuweisen. In der Geschwulst sind hier u. da kleinere oder grössere Hohlräume von verschiedenster Form. Rückenmark: Meningitis posterior. Degeneration einzelner hinterer Wurzelbündel. Typische Degeneration d. Hinterstränge, Burdach'schen und Goll'schen Stränge, Wurzelzonen, Lissauer'schen Felder. Im obersten Dorsaltheil und Halsanschwellung Syringomyelie. Gliose, in der Höhe der 2.—3. Dorsalwurzel beginnend und bis zum oberen Halstheil reichend.
32.	Gyermán, E., Syringomyelie. Neurologisches Centralbl. 1891. S. 504.	Pat. ist 24 Jahre alt. Die ersten Symptome d. Erkrankung zeigten sich im Jahre 1866 als ein eisiges Gefühl u. stets zunehmende Schwäche im linken Arm. Gegen Ende 1887 begann auch d. rechte Arm abzumagern. Schwerer Gang. Atrophie d. l. Armes. Extremitäten sind atrophisch. Kniephänom. erhöht. Sensibilitätsstörungen, zieml. hochgrad. Anästhesie d. oberen Extremität. Analgesie am Oberkörper. Diagnose: Syringomyelie.	Autopsie: Hydrocephalus inter. Ependymitis chronica. Unregelmässiger Canal, welcher keine besondere Wand besitzt, nur scheint es, unter der Gliawucherung haben besonders d. Hinterhörner d. grauen Substanz gelitten, so dass hier, insbesondere in den Clarke'schen Säulen, kaum normale Zellen angetroffen werden. Der Centralcanal liegt vor diesem patholog. Hohlraum. In d. weissen Substanz degenerirte Fasern, besonders in d. Pyramidenbahnen, in d. Goll'schen u. Burdach'schen Strängen, während d. Türc'schen Stränge fast ganz verschont sind.
33.	Joffroy, Maladie de Morvan. Société des hôpôt. 27. I. 1891. Dissert. von Brionceau. p. 28. Paris 1891.	Typischer Fall von Morvan's Krankheit. Panaritien in den Händen, besond. rechts. Hysterisch. Gesichtsfeld verändert. Hemiananästhesie rechts.	Im Rückenmark fand man eine Höhle, die von der Cervicalregion bis zur Dorsalregion geht. Der grösste Theil des linken Vorderhorns ist von der Höhle zerstört. Letztere ist 6—7 mm lang u. 3 mm breit.
34.	Pruff, Faits de maladie Morvan. Gaz. hebdom. 1891. No. 38. Ref. Centralblatt f. medicin. Wissensch. 1891. S. 842.	39jährige Frau. Dissociation der verschieden. Empfindungsqualitäten. Typus Morvan. Plötzlicher Tod.	Die Autopsie ergab angedeutete gliomatöse Syringomyelie bis in die obersten Theile des Cervicalmarkes. Der oberhalb des Handgelenkes gelegene Theil des N. med. erscheint gesund.
35.	Koeppen, Ueb. acute Höhlenbildung im Rückenmark. Neurolog. Centralbl. 1892. p. 487. IV. Beob. I.	Atroph. Lähmung beider Beine mit unerheblicher Sensibilitäts- u. Blasenstörung. Kurz vor d. Tode bildete sich rechts Ptosis und Pupillennege.	Im Rückenmark Degeneration der Hinterstränge. Im Halsmark in der Mitte der grauen Substanz Höhle ohne Zusammenhang mit d. Centralcanal u. ohne Wandung. In d. grauen Substanz d. anderen Seite sass eine Höhle.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
36.	Derselbe, Ibid. p. 488. Beob. II.	Es handelt sich um einen Mann, d. acut erkrankte mit Schwäche u. Spasmen d. Beinen, Zittern in den Händen, verbreiteter Bronchitis und zunehmender Benommenheit.	Rückenmark: Im oberen Theil der Halsanschwellung zeigte auf der einen Seite die graue Substanz eine congenitale Anomalie, nämlich zwei Vorderhörner, im unteren Theile war in beiden grauen Feldern eine zeriss. Höhlenbild. vorhanden.
37.	Redlich, Emil, Zur patholog. Anatomie d. Syringomyelie u. Hydromyelia. Neurologisches Centralbl. 1892. p. 109.	58jährige Pat. Schmerzen in d. r. Schulter. Vor 6 Wochen fiel sie auf der Strasse. An beiden oberen Extremitäten gelähmt. Muskulatur d. Hand u. d. Streckseite d. r. Vorderarmes stark atrophisch. Atrophie d. l. Handmuskulatur u. der des Vorderarmes. Sensibilität intact, ebenso Druck- u. Temperaturempfindungen.	Autopsie: Dura rechts verdickt. Oedem der Pia. Höhle im Rückenmark; sie hat ihre grösste Ausdehnung im oberen Halsmark, nach unten wird sie kleiner, zieht sich mehr auf die linke Seite und beschränkt sich im Dorsalmark in dessen untere Hälfte und endet auf das linke Hinterhorn. Nach oben reicht sie bis in die Mitte der Pyramidenkreuzung. Sie hängt mit dem Centralcanal nicht zusammen. Syringomyelie.
38.	Kinnosuke, Miura, Ueber Gliom des Rückenmarkes und Syringomyelie. Beiträge zur patholog. Anat. u. zur allg. Pathol. 1892. Bd. XI. Ref. Neurol. Centralblatt. 1892. p. 109.	35 Jahre alt. Die Krankheit trat allmählig mit zunehmender Schwäche im linken Bein und im linken Arme ein. Seit 2 J. Steifigkeit d. Beine, im rechten Beine auch Schwäche, im linken Zittern u. Zuckungen.	Im Rückenmark eine Gliomwucherung, welche von der Med. oblong. bis zum Lendenmark hinabreicht. Dieselbe enthält eine Höhle. Die Höhlenbildung hatte nichts mit einer primären Erweiterung d. Centralcanales zu thun. In verschiedenen Höhen d. Rückenmarkes wird e Canal in unregelmässiger Weise auseinandergerzert und durchbrochen.
39.	Critzmann, Essais sur la Syringomyelie. Thès. Paris 1892. Ref. Neurolog. Centralbl. 1892. p. 708.	Vor mehreren Jahren spürte Pat. Schmerz. im Kniegelenk. Nach 2 J. folgd. Störungen: Blasen- schwäche mit Urinverhaltung, Schmerzen im r. Kniegelenk u. fibrilläre Zuckg. in d. Muskulatur d. Arme u. Beine. Später hochgrad. Atrophie d. ganzen Körpermuskulatur, besond. der kleinen Handm. „Affenhand.“	Im Rückenmark fand man eine Höhlenbildung, die fast die ganze graue Substanz einnimmt. Sie ist in der Halsanschwellung am grössten und verschwindet allmählig gegen die Lendenanschwellung. Im Halsmark sind die Vorderhörner nur stellenweise erhalten, die Hinterhörner völlig zerstört.
40.	Dejerine und Sothos, Syringomyelie unilaterale. Bullet. méd. Paris 1892. No. 60. Ref. Neurol. Centralblatt. 1892. S. 710.	63jähr. Mann, dessen Affect. vor ca. 10 J. begann. Rechte Hand u. Vorderarm atrophisch. Analgesie u. Thermoanästhesie d. r. Armes u. d. r. Thoraxhälfte.	Bei der auf die rechte Hälfte der Medulla beschränkten Atrophie, besonders im Cervicaltheil, fand man eine Syringomyelie. Weitere Angaben fehlen.
41.	Minor, Beitrag zur Lehre über Hämato- und Syringomyelie. Verhandlg. des X. internat. med. Congresses. Bd. IV. p. 7. Berlin 1892.	Fractur d. Lendenwirbel. Eine totale Lähmung u. Anästhesie d. unteren Extremitäten, welche im Verlauf von 24 Std. sich allmählig nach oben verbreitete und zu letalem Ende führte. Diagnose: Traumat. Zerquetschung im Lendentheile d. Rückenmarkes mit aufsteigender Röhrenblutung.	Die Autopsie wies eine vollständ. Fractur d. letzten Brust- u. 4. Lendenw. mit ausgebreit. Hämorrhag. in d. Umgeb. nach. Das Rückenm. ist hier zerquetscht. Nach unt. bis zum Conus, nach ob. beinahe bis zur Höhe d. Access.-Austr. geht eine überrasch. scharf ausgesproch. u. begrenzte Röhrenblgt. längs d. l. Hinterh. m. theilw. Betheilig. d. hint. Hälfte d. Vorderh. u. d. Commiss. Erweitg. d. Centralcan., insbes. in d. Nähe derjen. Stellen, in welch. d. stärkste Bluterg. war.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
42.	Oppenheim, Demonstration von Präparaten. Berl. klin. Wochenschr. 1892. p. 1059.	Pat. lag in d. J. 1884—86 im Spital zu Berlin unter d. Diagnose: Tabes dorsalis. Nach einem Jahre kam er wieder in d. Spital d. Charité unter ders. Diagnose u. Erscheinungen d. der Dementia paralytica. Die Diagnose war auf folgende Symptome gestellt: Lancinirende Schmerzen, Blasenbeschwerden, Gefühlsstörung, Westphal'sches Zeichen r., Sehnervenatrophie u. s. w.	Die Untersuchung des Rückenmarkes zeigt wie der Process der Gliose überall die Hinterstränge des Rückenmarkes betrifft, aber ausserdem auf die graue Substanz der Hinterhörner übergreift u. namentlich im Halstheil des Rückenmarkes die Hinterhörner beiderseits umfasst, während man nach unten zu am unteren Brust- und Lendentheil erkennt, dass d. Gliose sich ausschliesslich auf das linke Hinterhorn beschränkt.
43.	Bernstein, Ueber Syringomyelie. Medycyna. N. XI—XV. 1892. Polnisch. Ref. Neurolog. Centralbl. 1893. S. 99.	29 jähriger Schuhmacher. Diaphragmaparese, Lordose, Cucullares, speciell linkers., atrophisch. Fibrill. Muskelzuckungen an verschiedenen Körperstellen. Allgem. Muskelatrophie. Schmerz- und Temperatursinn stark herabgesetzt an d. Händen. Pat. starb an Athemnoth.	Autopsie: Degenerirtes Gliom mit Höhlenbildung, das den oberen Theil d. Halsmarkes einnimmt (1.—4. Nervenwurzel), und auf die ventrale Fläche des unteren Medullarabschnittes übergreift. Die Zerstörung der Pyramidenbahn bedingte d. frühzeitige Auftreten d. spastischen Symptome und die Affection der Phrenicusfasern.
44.	Lépine, Syringomyelie. Le Mercredi Med. 1892. p. 563.	38 jähriger Potator. Schmerzen in allen Extremit. Sensibilität wenig gestört. Paraplegie, später Paralysis d. r. oberen Extremität. Tod an Peritonitis.	Autopsie: Am Lumbalrückenmark fand man ein Gliom, das an der dorsalen Seite lag. Im Cervicaltheile des Markes fand man eine Höhle im Centrum d. Glioms.
45.	Hoffmann, S., Zur Lehre der Syringomyelie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. III. 1893. p. 17. Beob. IX.	31 jähriger Landwirth. Motilitätsstörung d. 4. u. 5. Fingers d. linken Hand. Vasomotorische Störungen. Rechts Pupille enger als links. Skoliose. Fibrill. Zuckungen in d. Handmuskulatur. Gang spast. Muskelspannungen, Sehnenreflexe gesteigert. Hypalgesie am Halse.	Autopsie: Verdickung d. Dura mater. In Rückenmark Höhle, welche infolge Gliose ist. Die Gliose geht von der Medulla oblongata bis zum Lendenmark. Die Wände der Höhle sind überall gleich. Im Halstheil ist die Höhle grösser. Sie sitzt an d. Hinterwurzel. Degeneration d. medialen Schleifen. Anatom. Diagnose: Syringomyelie.
46.	Derselbe, Ibid. p. 44. Beob. XIV.	39 jähr. Tagelöhner. Handwurzeldeformität. Atrophie d. Deltoidei. Schmerzempfindung d. oberen Extremitäten. Diagnose: Syringomyelie.	Rückenmark: Unterhalb der Medulla oblongata Höhle, welche mit Epithel bekleidet ist. Sie geht bis zum Sacraltheil des Markes.
47.	Derselbe, Ibid. p. 60. Beob. XVI.	52 jähriger Müller. Rechte Pupille weiter als linke. Epileptische Anfälle. Schwäche d. Beine. Abnorme Stellung der Finger. Schmerzen im Rücken u. in d. Lendengegend. Bicepsreflexe fehlen. Sensibilität herabgesetzt.	Autopsie (Dr. Ernst). Rückenmark: Unter der Medulla oblongata central gelegene Herde, weiter abwärts Höhle. Im Sacral und Lendenmark ist d. Centralcanal geschlossen. Der Sitz der Höhle am H. S. Anatom. Diagnose: Syringomyelie.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
48.	Asmus, C., Ueber Syringomyelie. Bibliotheca medica C. H. 1. 1893. Ref. Neurolog. Centralbl. 1893. S. 700.	Ein 26 jähr. Mädchen. Im August 1890 traten rechts am Rücken plötzlich Blasen auf. Die sensiblen Hirnnerven rechts paretisch. Verlust der Tastempfindg. an d. ganzen rechtsseitigen Körperhälfte, hochgrad. Herabsetzung d. Schmerz- u. Temperatursinnes rechts, am Beine mehr als an der Hand.	Obduction: Syringomyelie im Hals- und Brusttheil des Rückenmarks. Im Brusttheil hingegen bestand nur noch ein Hohlraum, der an verschiedenen Stellen der Wand, namentlich vorn, Epithel trug. Für gewisse Abschnitte der Rückenmarkshöhle nimmt Asmus einen Hydromyelus an.
9.	Hendric, James, Lloyd, Report of a case of Syringomyelie with exhibit. of Sect. of the Spinal cord. Univ. Med. Mag. 1893. March. Ref. Neurol. Ctrbl. 1893. S. 696.	31 jähriger Mann. Atrophie d. Muskulatur d. Schultergürt. Spastische Parese d. Beine mit Contractur ohne Atrophie. Anästhesie. Skoliose. Trophische Störungen.	Die Autopsie ergab eine Höhlenbildung, die ihren Anfang im untersten Theile der Medulla oblongata nahm und sich bis tief in das Dorsalmark erstreckte.
0.	Beavor, Syphilitic tumor of Spinal cord with Symptoms simulating Syringomyelie. Brit. med. Journ. 1893. 18. Novbr. p. 1102. Ref. Neurol. Ctrbl. 1894. p. 347.	50 jähriger verheiratheter Pat., der als Gärtner Erkältungen ausgesetzt war. Dystrophie beider Arme u. Lähmg. d. l. Beines. Sensibilität für Schmerz, Hitze u. Kälte im r. Beine u. in d. r. Rumpfhälfte verloren.	Bei der Autopsie fanden sich zwei syphilitische Tumoren an der brachialen Anschwellung des Rückenmarkes, dadurch konnte dieses, zu weich, nicht genau untersucht werden. Hier liegt ebenfalls eine Syringomyelie vor.
11.	Kupferberg, Heinr. Ein unter d. Bilde eines Gehirntum. verlaufender Fall von chron. idiopath. Hydrocephalus intern. complicirt m. symptomloser Syringomyelie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1893. IV. Ref. Neurolog. Ctrbl. 1894. p. 39.	48 jähriger Arbeiter klagte schon vor 14 J. über Schwindel, Kreuzschmerzen u. Mattigkeit. Stauungspapille u. multiple grosse Retinalhämorrhagien. Später linksseitig. Oculomotorius- u. Abducensparese, reflector. Pupillenstarre, allmählig vollständige Amaurose, Incontinentia urinae et alvi.	Autopsie: Nn. oculomotorii, abducens und facialis. Spaltbildung in beiden Hörnern der grauen Substanz, besonders aber links, welche von der Medulla oblongata bis zur Mitte des Dorsalmarkes herabreicht. Es handelte sich also um einen congenitalen Hydrocephalus int. geringeren Grades. Spaltbildung der oberen Hälfte des Rückenmarks.
12.	Taylor, James, Case of Syringomyel. with necropsy. Lancet. 1893. 28. January. Ref. Neurol. Centralblatt. 1893. p. 697.	23 jähriger Pat. Verticaler Nystagmus. Atrophie d. Muskeln d. rechten Thenar u. des Trapezii. Im Jahre 1886 schmerzlose Verbrennung des rechten Armes.	Die Autopsie ergab eine ausgedehnte Höhlenbildung ohne besonders hervortretende Zeichen eines gliomatösen Processes. Der anatomische Befund steht darnach wohl im Einklang mit der klinischen Erscheinung.
13.	Pellizzii, G. B., Un caso di pellagro con Syringomyelia, Note clinica del dott. Rivista sperim. di freniatria e di medic. legale. Vol. XVIII. P. III-IV. Ref. Neurol. Ctrbl. 1893. p. 447.	Bei einem 48 jährigen Pat. Kyphose. Während d. pellagrischen Leiden im Verlauf von 5 Jahren einige beträchtliche Remissionen erfuhr, blieben jene Symptome im Wesentlichen unverändert.	Rückenmark: Im Halsmark Neubildung (Gliome spinale). An seinem ganzen oberen Drittel befindet sich eine kleine Höhle, welche bis zur Medulla reicht. Die oben genannte Höhle erfährt eine starke Verengung an d. Vereinigungsstelle d. oberen Drittels mit dem mittleren.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
54.	Schlesinger, Herm. Ueber die klinischen Erscheinungsformen der Syringomyelie. Neurolog. Centralbl. 1893. p. 87.	63jähriger Patient. Blasen- ausschläge über den ganzen Körper. Keine Analgesie der Arme u. Beine. Klin. Diagn.: Pemphigus foliaceus vereinigt mit Nephritis, in Folge deren er zu Grunde gegangen ist.	Autopsie (Prof. Paltauf). Im Rücken mark von d. Höhe d. ersten Brustnerven- paares bis zum vierten Brust- u. Hals- nervenpaare eine quergestellte Höhle. Vom 4.—11. Brustnerven besteht ein sehr grosse Centralhöhle. Vom 9.—11. Brustn. Reste eines Vorderhornes nicht erkennbar. — Pathol.-anatom. Diagnose: Pemphigus foliaceus, Marasmus Steatosis hepatis, Syringomyelie.
55.	Rosenblath, Zur Casuistik d. Syringomyelie u. Pachymeningitis cervic. hypertroph. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. LI. p. 210. 1893. Ref. Neurolog. Centralbl. 1893. p. 446.	36jährige, früher syphilitische Frau, ist an Dementia paralytica gestorben.	Autopsie: Im Rückenmark Höhle. Sie lag im Halsmark an der Stelle des Centralcanals. An der Stelle der grössten Ausdehnung der Höhle ist eine Verbindung mit dem Centralcanal vorhanden.
56.	Derselbe, Ibid. Beob. II.	56jährige Frau mit Parästhesien in d. Extremit., Schmerz. im Rücken, Atrophie, Contracturen u. Sensibilitätsstörungen, die an mehreren Stellen dem Typus d. dissociirten Empfindungslähmung entsprechen.	Die Autopsie ergab Gliawucherung u. Höhlenbildung im Rückenmark wie bei wahrer Geschwulstbildung. Die Gliawucherung erstreckt sich vom Lendenmark bis zur Oblongata u. ist im Hals- u. obersten Brustmark durch d. Tumorgewebe ersetzt.
57.	Derselbe, Ibid. Beob. III.	40jährige Frau, die plötzlich an Kopfschmerzen erkrankte. Parästhesien in den Extremit. Muskelatrophien u. Sensibilitätsstörungen. Nystagmus, Intentionstremor, Ptosis.	Autopsie: Verdickungen u. Verwachsungen der Häute im Halsmark. Weiter nach unten stellt sich ausgedehntere Höhlenbildung ein, die bis zum 7. Halsnerven reicht.
58.	Wold, Gerlach, Ein Fall von congenitaler Syringomyelie mit intramedullärer Teratombildung. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1894. p. 271.	36jähriger Bauer. Kyphoskoliotische Verkrümmung der Wirbelsäule. Die Endphalangen des vierten Fingers sind durch ulcerative Processe verloren gegangen. Incontinentia urin. et alvi. Der ganze Körper ist mit chronischem papulösem Exanthem und mit Decubitusgeschwüren bedeckt.	Rückenmark: Dasselbe fand sich in der That von der Pyramidenkreuzung an bis zum unteren Dorsalnerv von einer fast einheitlichen Höhlung durchsetzt. Im mittleren Dorsaltheil ist d. Rückenmark sehr schmal u. derb, wobei d. Lumen der Höhlung verhältnissmässig eng ist. Etwas in d. Mitte dieser schmalen Stelle wird die centrale Lichtung wiederum etwas weiter. Nach oben zu reicht die Höhlung zum Theil als blosser Spalt, zum Theil u. zwar zum grössten, obliterirt bis über die linke Ala cinerea hinaus.
59.	Neuberger, J., Ueber einen Fall v. Syringomyelie mit Haut- u. Schleimhauterscheinungen. Wien. med. Pr. 1894. No. 12. Ref. Neurolog. Centralbl. 1894. p. 376.	Fall von Syringomyelie, welcher dermatologisches Interesse darbietet. Vom Verf. als Pemphigus aufgefasst. Analgesie d. Haut neben intacter Berührungsempfindung. Der Kranke starb an Glottisödem.	Die Obduction ergab im Hals- und Brusttheile d. Rückenmarkes neben einer beträchtlichen Erweiterung d. Centralcanales eine besonders in's rechte Hinterhorn ausstrahlende Spaltung.

Io.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
0.	Homéo, Bidrag till k��nnenden ous Syringomyelien. Nord. med. ark. 1894. N.F. IV. 1. No. 1. Ref. Neurolog. Centralbl. 1894. p. 376.	29j��hriger Arbeiter. Taubes Gefühl, zuerst im rechten Arm, dann auch im rechten Bein. Atrophie d. unteren Extremitäten. Herabsetzung d. verschiedenen Gefühlsqualitäten, am meisten d. Schmerz- und Temperatursinnes. Ataktischer Gang.	Section: Die Höhle befindet sich hauptsächlich in der grauen Substanz. Der Centralcanal ist ganz verschwunden. An manchen Theilen d. Rückenmarks fand sich eine auffallend abnorme oder embryonale Entwicklung. Die Höhle bildet nach unten einen Spalt. Im Filum terminale fand sich eine auf angebor. Hydromyelie deutende abnorme Entwicklung d. Centralcanals.
1.	Raymond, Contribution à l��tude des tumeurs neurolog. de la moelle épinière. Archives de Neurologie. No. 78. XXVI. Ref. Jahreshb. Virch. 1894. p. 143.	34j��hr. Mann. Muskeln des Schultergürtels atroph. Geringe Störung der Sphinctern. Erst sehr viel später charakteristische Sensibilit��tsst��rg. Es wurde eine Pachymeningitis cervicalis hypertrophica vermuthet mit Compression des Markes.	Rückenmark: Man fand einen gliomatösen Tumor, welcher vom Calamus scriptorius bis zum unteren Ende der Lendenanschwellung reicht und im Halsmark eine Höhlung zeigt.

### Gruppe III.

23 rein anatomische Fälle.

Io.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
1	Joffroy et Achard, Sur la pathogen de la myelite cavitare. Comp. rend. Bd. 105. No. 13 (ref. Neurol. Centralblatt 1885. p. 558).	—	In dem Rückenmark von 2 Fällen haben sich Höhlungen gefunden. Durch die histologischen Studien über diese 2 Fälle haben die Verfasser gefunden, dass nicht ein centrales Gliom (wie die Mehrzahl der deutschen Autoren angeben) sondern chronische Entzündung (my��lite cavitare) vorliegt; die Höhlung kommt dadurch zu Stande, dass die Compression und Obliteration der Gefässe durch die Entzündung eine Nekrobiose und Resorption der erweichten Substanz herbeiführen. Die eigenthümliche L��ngsordnung der Höhle folgt aus der gleichen Anordnung der Gefässe beiderseits vom Centralcanal.
2.	Schultze, F., Klinisches und Anatomisches über die Syringomyelie. Zeitschr. für klin. Med. 1888. S. 555.	Klinische Angaben, die vielleicht in einer früheren Mittheilung (Westphal's Archiv Bd. VIII. p. 233) aufgezeichnet sind, fehlen. Hier ist nur mitgetheilt, was wegen der unvorsichtigen Herausnahme d. R��ckmarkes verletz worden war.	Rückenmark: Die Höhlung ging bis in den Conus hinein, lag hinter der hinteren Commissur, war ziemlich weit und von unregelmässiger Form. Im oberen Theile der Lendenanschwellung fand sich nur noch ein Querspalt vor. Umgeben zeigt sich die Höhle von einer dicken Schicht Gliagewebe. Vor ihr liegt der obliterirte Centralcanal. Auffallend ist die Durchsetzung der secundär degenerirten Goll'schen Stränge mit sehr grossen Dieter'schen Zellen.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
4.	Köberlin, Höhlenbildung im Rückenmark. Münchener med. Wochenschrift 1889. p. 335.	30jähriger Mann. Weitere klinische Angaben fehlen.	Section: Hochgradiger Hydrocephalus. Der Centralcanal ist obliterirt. Im untersten Dorsalmark ist der Centralcanal erhalten und zwar bildet er hier einen Querspalt, der die graue Commissur in der ganzen Breite durchsetzt. Die vorderen Wurzeln sind atrophirt. Um die Höhle herum sieht man Gliombildung. Man sieht die Höhle bis ins mittlere Halsmark. Das Interessanteste bei dieser Falle ist, dass sich im Gehirn ein hochgradiger Hydrocephalus internus fand, so dass Hydromyeli und Hydrocephalus bei der Section constatirt wurden.
5. — 7.	Hoffmann, J, Syringomyelie. Neur. Centralblatt 1889. p. 563.	—	Anatomische Präparate dreier Fälle von Syringomyelie. In zweien derselben sind Höhlen durch Zerfall gliomatösen Gewebes zu Stande gekommen. Im dritten Falle handelt es sich um eine Höhle, welche zweifellos dem erweiterten Centralcanal entspricht, doch ist dieselbe bereits durch gliöse Wucherungen verändert.
8.	Francotte, Xavier, Etude sur l'anatomie pathol. de la moelle épinière syringom. Arch. de Neurologie 1890. Vol. XIX. No. 56, 57, 58 (ref. Neur. Centrbl. 1890. p. 592).	—	In einem Rückenmark, das in Folge einer durch Caries der Halswirbelsäule bedingten Compression auf- und absteigende Degenerationen aufwies, fand sich im obersten Abschnitt des Cervicalmarks ein dem Centralcanal entsprechende Höhlenbildung. Im mittleren Dorsalmark fand sich in derselben Gegend nur noch gliomatöses Gewebe, und durch Zerfall von solchem Tumorgewebe glaubt Verfasser auch in seinem Fall jene Höhlenbildung entstanden zu sein.
9.	Schaffer, Karl und Preisz, Hugo, Ueb. Hydromyeli u. Syringomyelie. Archiv f. Psych. XXII. Bd. p. 1. 1891.	40 Jahre alter Pat. Lag nur 7 Tage im Spital. Diagnose: Paralysis progressiva. Weitere Angaben fehlen.	Autopsie: In der Höhe der ersten Cervicalwurzel Vorder-, Seiten- und Hinterstränge heller gefärbt degenerirt. Die Nervenzellen der Vorderhörner und der Clarke'schen Säulen sind meistens sklerotisch degenerirt. Degeneration der Hinterhörner. Der Centralcanal ist ellipsenförmig erweitert, 1,0 Mm., an einigen Stellen fehlt das Epithel und rothe Blutkörperchen dringen in den Canal hinein.
VIII. Dorsalwurzel: Der Centralcanal hat hier abermals die Form eines jedoch bedeutend grösseren Trapez. Das Epithel ist an den beiden Seitenwänden und an der Dorsalwand fast intact. X. Dorsalwurzel: An dieser Stelle ist der Centralcanal bedeutend erweitert, seine Breite misst hier 3,5 Mm., sein dorsoventraler Durchmesser beträgt 3,0 Mm. Das Epithel ist in allen Seiten enthalten mit Ausnahme gegen die vordere Fissur des Rückenmarkes. Die Höhle in dem I. u. II. Lumbalnerven ist etwas grösser als normal, jedoch ringsum mit Epithel versehen.			
10.	Dieselben. Ibid. p. 8. II. Fall.	Hydrocephalus. Klinische Angaben fehlen.	Im obersten Cervicalmark sieht man eine Höhle, die etwas dorsalwärts verbreitet ist. Ventrale Hälfte Epithelsaum. Die Cervicalanschwellung weist a proximalen Theilen 2 Oeffnungen auf. Die Dorsalöffnung ist dreieckig. Die Höhle ist mit Gliogewebe umgeben. Das untere Cervicalmark weist abermals 2 Spalten auf. Im obersten Dorsalmark finden sich abermals doppelte Cavitäten. Die Hinterstränge sind schmal. Die Höhle geht im ganzen Brustmark als einzige Cavität. Sie hat Dreieckform und manche Stelle ist epithellos. Noch weiter bildet sie allmähig ein Viereck. Die Seiten- und Hinterwand der Cavitäten werden durch dichtere Neuroglia gebildet.

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
1.	Dieselben. Ibid. p. 12. III. Fall.	8—12jährig. Kind. Weitere Krankengeschichte nicht bekannt.	Halssegment des Rückenmarkes fehlt. Am oberen Dorsalmark ist der Centralcanal nach der linken Seite des Vorderhornes erweitert. Derselbe ist seltenerweise mit unversehrt oder zerklüftetem Epithel ausgestattet. An Stelle der rechten Clarischen Säule und des Hinterhornes ist ein hanfkorngrosser, nur zum Theil mit Epithel versehener Canal bemerkbar.
2.	Dieselben. Ibid. p. 14. IV. Fall.	35jähriger Pat. Schwäche in d. Füssen. Arbeitsfähig. Ganz unerwartet u. ohne eine nachweisbare innere oder äussere Ursache machte er seinem Leben durch Leuchtgasvergiftung ein Ende.	Autopsie: Im obersten Halstheile breitet sich die Höhle hinter der grauen Commissur oder vielmehr quer durch dieselbe aus und drängt seitwärts nach dem linken Hinterhorn. Am rechten Hinterstrang sieht man einen 1 Ctm. breiten Querspalt. Noch weiter nimmt die Höhle fast das ganze rechte Hinterhorn ein. Im obersten Dorsalmark sendet die Höhle des rechten Hinterhornes einen bis an die vordere Peripherie des rechten Vorderhornes reichenden Spalt. Weiter zieht sich die Höhle aus dem rechten Hinterhorn in das Vorderhorn. Die Wand ist verschieden dick, 0,5—1,5 Mm. Gewebe verschieden. Die Höhle ist ganz unabhängig vom Centralcanal.
3.	Dieselben. Ibid. p. 18. V. Fall.	37jährige Frau.	Rückenmark: Am Halse und oberen Dorsalsegmente Verdickung. Höhle im Durchmesser eines Hanfkorns. Geschwulst am oberen Dorsalmark; sie geht von rechts nach links und hat eine Breite von 15 Mm. Im rechten Hinterhorn ein halbmondförmiger Höhlengang. An jedem Hinterhorn der Halsanschwellung befindet sich ein kleiner, von zellarmem Gliagewebe umschlossener Spalt mit feinkörnigem Inhalt. Pyramidenseitenstränge sind degenerirt. Hinterstränge am Lendenmark sklerosirt. Tumor im oberen Viertel des Dorsalmarkes und fast überall genau central gelegen.
	Dieselben. Ibid. p. 22. VI. Fall.	19jährige Blumenmacherin. Weitere Angaben fehlen.	Rückenmark: Degeneration des rechten seitlichen Pyramidenstranges in der ganzen Länge des Rückenmarkes. II. Cervicalwurzel: Atrophie der Vorderhornzellen und Vergrösserung des Centralcanals. IV. Cervicalwurzel: Vergrösserter Centralcanal, hat Spindelform. Epithel erhalten. Den Centralcanal umgiebt ein dichteres Gliagewebe. Nervenzellen des Vorderhornes atrophisch. V. Cervicalwurzel: Vergrösserter, dorsocentral gestreckter spindelförmiger Centralcanal, 1,5 Mm. Etwas weiter
<p>hat der Canal eine dreieckige Form. Das Epithel ist an einer Stelle zerstört. VI. Cervicalwurzel: Hier ist der Canal wieder dreieckig. Das Epithel fehlt. Oberer Theil der VII. Cervicalwurzel: Die Cavität besitzt eine ungefähre Birnenform. Unterer Theil der VII. Cervicalwurzel: Die Cavität etwas nach rückwärts. Dorsocentraldurchmesser 5 Mm. Das Epithel fehlt. VIII. Cervicalwurzel: Die Cavität klein. Besitzt Epithel. Etwas weiter geht die Cavität nach den Hintersträngen. Auf dieser Partie liegt nun die Höhle ganz in beiden Hintersträngen. I. Dorsalwurzel: Hier ist die Höhle im rechten Hinterstrang. Sie ist von Gliagewebe umgeben. II. Dorsalwurzel: Im rechten Hinterstrang kleiner ovaler Tumor sichtbar.</p>			

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
15.	Mennicke, O., Ueb. Syringomyelie mit anatomischer Unters. zweier Fälle. Inaug.-Dissertat. Marburg 1891.	64jährige Frau, deren Unterextremitäten hauptsächlich hochgradige Contracturen gezeigt haben. Bemerkenswerth ist das Vorhandensein eines hohen Grades seniler Osteomalacie.	Autopsie: Rückenmark sehr atrophisch. Im untere Theil der Cervicalanschwellung beginnt eine spaltförmige Lücke von 2—3 Mm. Das Rückenmark ist im oberen Dorsalmark abgeplattet. Am 6. Cervicalnerven deutliche Erweiterung des Centralcanals. Die Erweiterung hat verschiedene Grösse. Am Vorderhorn ist eine Höhle. Diese lässt sich durch das ganze Rückenmark erkennen. An einigen Stellen ist sie weiter, an anderen enger, und ist manchmal mit Epithel ausgekleidet. Zerfall der gewucherten Neuroglia des Ependyms.
16.	Derselbe. Ibid. p. 23. Beob. II.	Klinische Angaben fehlen.	Autopsie: Degeneration der Medulla oblongata und des oberen Theils des Halsmarks. Totale Degeneration des hinteren Abschnittes des oberen Halsmarks mit beginnender Spaltbildung hinter den Centralcanal. Hochgradige Syringomyelie des Hals und oberen Brustmarks. Secundäre Degeneration der Pyramiden- und Kleinhirnsseitenstränge. Der Hohlraum ist im Ganzen dreieckig gestaltet, mit nach hinten gerichteter Spitze. An verschiedenen Stellen hat die Höhle verschiedene Breiten. Sie ist überall von einer dicken Schicht eines sehr dichtfaserigen Neuroglia-gewebes umgeben und nirgends mit Epithel bekleidet.
17.	Duesing, Hermann, Patholog.-anatomische Untersuchung eines Falles von Syringomyelie. Inaug.-Dissert. p. 19. 1891. Würzburg.	Die klinischen Angaben fehlen.	Rückenmark: In der Medulla oblongata sieht man eine Höhle von 7 Mm. Länge und 2 Mm. Breite. Der Centralcanal ist nicht zu finden. Im Halsmark ist die Höhle etwas links vom Centralcanal. Der Schnitt des 6. Brustmarkes stellt die Höhle auf der Seite dar; sie ist 6 Mm. lang und 2 Mm. breit. Im Lendenmark wieder eine 5 Mm. lange und 0,5—1 Mm. breite Höhle; sie nimmt das ganze linke Horn ein.
18.	Arndt, Syringomyelie. Deutsche med. Wochenschr. 1892. S. 898.	Jugendlicher Epileptiker. Weitere Angaben fehlen.	Im Halstheil des Rückenmarkes ist der Centralcanal erweitert. Das Lumen des Canals ist deutlich sichtbar, das umgebende Ependym stark gewuchert.
19.	Redlich, Emil, Zur patholog. Anatomie d. Syringom. u. Hydrom. Neurol. Ctrbl. 1892. S. 110. Beob. I.	—	Das Rückenmark eines 45jährigen Mannes zeigt, im Uebrigen normal, nur eine Erweiterung des Centralcanals. Angeborene Hydromyelie.
20.	Derselbe, Ibid. Beob. II.	—	Das Rückenmark einer 51jährigen Frau, die an Carcinoma mammae zu Grunde gegangen war, zeigt ähnliche Verhältnisse wie die Beob. I.
21.	Derselbe, Ibid. Beob. III.	—	Im Rückenmark einer 61jährigen Frau fand sich Tabes und eine Erweiterung des Centralcanals in Brustmark. Die Umgebung desselben war im Gewebe gelockert. Angeborene Erweiterung d. Centralcanals.

Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
Hoffmann, Zur Lehre der Syringomyelie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. III. 1893. S. 77.	17jährig. Maurerlehrling. Weitere klinische Angaben fehlen.	Im mittl. Brustmark liegt hinter d. vorderen Commissur der zu weit gebliebene Centralcanal. Die Wände sind mit Epithel ausgekleidet. Im oberen Brustmark erkennt man makroskopisch einen längl. Streifen, welcher von d. nach vorn convexen Commissura alba anterior bis in d. Fissur longit. post. sich erstreckt. Hier existiren die Epithele nicht mehr. Gegen die Halsanschwellung hin wird der Centralcanal zu einer zieml. weiten oblongen, nach hint. gerichtet. Höhle, welche nicht an allen Stellen Epithel trägt. Die Wand besteht aus Gliafasern, Gliazellen u. Gefässen. Im mittl. Halstheil wird d. Form d. Canals mehr quadratisch. Etwas nach oben ist d. Höhle buchtig u. ihre Wand verdickt. Keine Vermehrung d. Gefässe. Die Dilatation d. Centralcanals schwindet im oberen Halsmark.
Hoffmann, Zur Lehre der Syringomyelie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1893. p. 79. Beob. XVIII.	Die klinischen Angaben sind nichtaufgeführt.	Rückenmark: Im oberen Centralmark liegen central nebeneinander zwei T-förmige, mit Epithel ausgekleidete, die normale Weite wenig überschreitende Canäle. Im oberen Brustmark ist d. Centralcanal immer noch abnorm weit. In einigen Segmenten findet man weder offenen, noch geschlossen. Centralcanal. Der Centralcanal ist durch einen mächtigen Ependymzellenkern, in welchem bei keilförm. Gestalt mehrere centralcanalartige Gebilde liegen, vertreten. Im Lendentheil, wo d. Epithel fehlt, hat eine halbkugelförmige Gliawucherung stattgefunden. Es ist noch zu erwähnen, dass es sich nicht um eine durch Pongliom hervorgerufene Erweiterung d. Centralcanals, sond. um embryonale abnorme Verhältnisse handelt. Ferner geht auf's Unzweideutigste aus d. Falle hervor, dass d. Gliawucherung an verschiedenen Stellen zu gleicher Zeit beginnen kann.

#### Gruppe IV.

12 Fälle verschiedener Art, und zwar:

A. 3 Fälle von doppeltem resp. mehrfachem Centralcanal.

1. Miura, M., Zur Genese der Höhlen im Rückenmark. Virch. Arch. 1889. Bd. 117. p. 435.	33jähriger Dachdecker, fiel von einem Dache auf einen Gartenstein herunter und wurde in d. Lendengegend gequetscht. Sensibilität u. Motilität d. unteren Extremitäten vollständ. aufgehoben. Der Mastdarm u. die Harnblase waren afficirt. Fibrilläre Zuckung.	Autopsie 6 Std. nach d. Tode. Am Lendenmark ist d. Centralcanal über 1,5 mm weit, die Wand ist continuirlich mit schönen Cylinderepithelien überzogen. Veränderungen im r. Vorderhorn. Starke Degeneration d. linken Pyramidenseitenstrangbahn. Etwas nach unten hinter d. hinteren Commissur u. d. Hintersträngen kommt in diesem Abschnitt d. Rückenmarks eine wirkliche Höhle oder richtiger Gewebsspalte vor, d. mit langgestreckten u. schmalen Spindelzellen bekleidet ist. In d. oberen Hälfte d. 3. Lendenwirbelkörpers des Rückenmarks sieht man eine Verdoppelung. In d. Mitte der Höhle kommt ein Septum. Die Höhlen sind mit schönen Cylinderepithelien ausgekleidet. Gestalt rundlich.
--	--	---

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
		am Oberschenkel. Starke Athembeschwerden. Grosse Unruhe. Respirat. 38, Puls 130, Temp. 39. Tod an Herzparalyse. Diagnose: Myelitis traumatica.	In einigen Schnitten sieht man den einen Canäle wieder verdoppelt, also 3 Centralcanäle in einem Präparate. An einigen Stellen sieht ein zweites inneres Paar wohlausgebildeter Hinterhörner u. ein inneres Paar Vorderhörner. N weiter bemerkt man an jeder Hälfte des Rückenmarks für sich gebildete graue Substanz u. Höhle. Die Höhle verdoppelt sich am Ende d. Rückenmarkes wieder. Die Canäle sind in diesem Abschnitte theils mit Epithelien versehen, theils obliterirt.
2.	Feist, Bernhard, Ein Fall von Faserverlaufsanomalien und partieller Doppelbildung im Rückenmark eines Paralytikers. Neurolog. Centralbl. 1891. p. 713.	Preussisch. Major. Er war Paralytiker. Die Krankheit begann ganz allmählig im Jahre 1888 und verlief als typische Paralyse ohne epileptiforme Anfälle u. ohne apoplektiforme Anfälle u. ohne stärkere Erregungszustände. Der Tod trat ca. 3 Wochen nach einer Oberschenkelfractur, zu d. Sepsis hinzu, ein.	Rückenmark: Im Lendenmark eine Doppelbildung. An verschiedenen Stellen ist d. Centralcanal mehr oder weniger verbreitert. Die ganze Centralcanalfigur ist mit Epithelzellen ausgekleidet. Zwischen Lumen sind mit Epithel bekleidet. Bei weiter mikroskopischen Schnitten fand Verf. das secundäre Rückenmark in halbmondförmiger Gestalt, durch eine schmale Lücke, an deren beiden seitlichen Enden d. Unterbrechungsstellen d. Pia erscheinend getrennt. In dem secundären Rückenmark sieht man noch einen Centralcanal. Der frontale Durchmesser d. neugebildeten Rückenmarks beträgt 6 mm.
3.	Rosenblath, Zur Casuistik d. Syringomyelie und Pachymeningitis cervicalis hypertr. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. LI. p. 210. 1893. Ref. Neurol. Centralbl. 1893. p. 446.	53jährige Wittwe. Syphilit. Infection. Schwere in d. Beinen, Kriebeln, taubes Gefühl in den Fingern. Die Diagnose nahm das wahrscheinliche Vorhandensein eines diffusen meningo-myelitischen Processus luetischer Natur an.	Autopsie: Im Rückenmark fand man eine Syringomyelie mit Gliose und Sklerose in der Umgebung der Höhle, besonders im obersten Halsmark, Verdoppelung des Centralcanals und stellenweise Zusammenhang zwischen der Höhle und dem veränderten Canal.

#### B. 2 Fälle von congenitaler Spina bifida mit Höhlenbildung.

1.	Schultze, F., Klinisches und Anatomisches über die Syringomyelie. Zeitschrift f. klin. Med. 1888. p. 554.	Ein 3 Mon. altes Kind, das an der Operation der Spina bifida gestorben ist. Anamnese u. Status sind nicht angegeben.	Rückenmark: Am Dorsalmark ist eine deutliche Erweiterung d. Centralcanals constatirt. Die Ausdehnung dieser centralen Höhle nimmt nach oben hin weiter zu, um in der Höhe des Uebergangs zur Halsanschwellung zuerst abzunehmen, dann aber rasch sich in stärkerem Grade zu erweitern. Eine Spalte trennt d. Hinterstränge in zwei gleiche Theile. Am hinteren Ende d. Spaltes findet sich eine Nervenmasse. Dieselbe ist aber keineswegs in ihrer ganzen Höhlenausdehnung von d. Rückenmark getrennt, sondern sie ist ein Stück Rückenmark. Die viereckige Höhle bildet weiter nach unten den erweiterten Centralcanal.
----	---	--	--

Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
Steffen, Wilhelm, Spina bifida, Zweitheilung d. Rückenmarks, Hydromyelia. Jahrb. f. Kinderheilk. 1890. p. 428.	Ein 6 Mon. altes Kind, welches mit einer Spina bifida lumbalis auf d. Welt kam. Grösste Länge 40 cm, grösste Breite 35 cm, grösste Höhe 28 cm, Circumferenz überhaupt 36 $\frac{1}{2}$ cm.	Im Rückenmark Spalt im unteren Lumbaltheil. Am XI. Brustw. ist d. Rückenm. durch eine Knochenleiste in zwei Theile getheilt. In d. Antreibung d. Rückenmarks zeigt sich auf d. Querschnitt eine d. Spindelform entsprechende Höhle. Dicht unterhalb d. Theilungsstelle besteht im r. Strang eine zweite kleinere spindelförm. Höhle v. 1 cm Länge. Im ob. Centralmark sieht man links, an einzelnen Schnitten rechts, dicht neben d. Centralcanal eine Höhle, die ungefähr die doppelte Weite besitzt. Beim Abgang d. 6. Dorsalnerv ist d. Hydromyelia beendet. Im 8.—9. Dorsalnerv ist eine schmale Längsspalte, d. sich allmählig verbreitert und ausdehnt. 1 cm unterm. d. Theilg. findet man eingangs erwähnte zweite Erweiterung d. Centralcanals. Die Bilder sind verschiedene. Weiter vereinigten sich d. Erweiterungen nicht. Die Wände d. Höhle sind theilweise mit Epithel bekleidet. Degeneration d. Hinterstränge u. Keilstränge.

C. Ein Fall von Spina bifida mit Verdoppelung und Zweitheilung des Rückenmarks mit Spalthöhle.

1. Sulzer, Paul, Ein Fall von Spina bifida mit Verdoppelung und Zweitheilung d. Rückenmarks. Inaug.-Dissert. 1893. Jena. (ref. Neurol. Centralblatt 1893. p. 232).	Fall von Myelomeningocoele. Lumbosacralis bei einem neugeborenen Kinde, das wenige Wochen nach der Geburt starb.	Autopsie. Ausser einem offenen Spalt im Lendenwirbelbogen fand sich in dieser Gegend eine Exostose, die den Wirbelcanal von vorne nach hinten durchdringt, so dass derselbe hier in zwei ungleiche Räume, in eine linke weite und in eine rechte schmale Hälfte getheilt wird. Zwischen den Hinterstr. liegt eine mit Cylinderepithel ausgekleidete, von sklerosirtem Gewebe umgebene Spalthöhle, die sich herauf bis in den IV. Ventrikel verfolgen liess, in welchen sie sich direct öffnete.
--	--	---

D. Fünf Fälle von Gliom ohne Höhlenbildung.

1. Osler, W., Gliom of medulla oblongatä. Journ. of nervous and mental diseases. 1888. XV. p. 172 (ref. Neurol. Centralbl. 1888. p. 524).	32jähriger Mann. Unsicherheit und Schwächegefühl in den Unterextremitäten. Ataxie und Schwäche der Extremitäten. Tod unter den Andeutungen des Cheyne-Stokes-Zeichens.	Die Section ergab eine hämorrhagisches Gliom von Kastaniengrösse, unterhalb des Calamus beginnend, das einen Theil der rechten und den grösseren Theil der linken Hälfte der Oblongata, hauptsächlich der Corpora restiformia, der hinteren Pyramiden und die Hinterstränge ergriffen hatte.
---	--	--

No.	Autor.	Klinische Symptome.	Pathologisch-anatomischer Befund.
2.	Dejerine, Sur un cas de syringomyelie avec altération de n. cut. La semaine medic. 1890. p. 53 (seance du 9. février 1870).	54jähriger Mann. Atrophie der oberen Extrem. (Krallende Hände.) Kyphoskoliose. Atact. Gang. Sensibilität an den oberen Extremitäten herabgesetzt. Typischer Fall von Syringomyelie.	Autopsie. Im Rückenmark fand man ein Gliom welches durch das ganze Rückenmark bis zur Lumbaltheil geht.
3.	Dejerine, Dissociation de la sensibilité thermique dans la syringomyelie. Un semaine médicale. 1891. No. 6.	Sensibilitätsstörungen. Gleichzeitig wohlerhaltene Empfindung für Kälte. Spastische Paraplegie mit Atrophie der Muskeln der Hand	Autopsie. Gliom, welches die Mitte des Rückenmarks in seiner Länge einnahm. Weitere Angaben fehlen.
4.	Nonne, Ein Fall von typischer Tabes dorsalis und centraler Gliose bei einem Syphilitischen. Neurol. Centralbl. 1892. p. 453. I.	Im Jahre 1870 hatte Pat. Syphilis acquirit. Sensibilitätsstör. an den unteren Extremitäten. Atrophie Nervi optici, doppelseitige reflectorische Pupillenstarre, Blasen und Mastdarmstörungen; im paralytischen Stadium ging Pat. zu Grunde. 2 Wochen vor dem Tode trat eine subacute Paraplegie der oberen Extrem. auf und vom 4. Intercostalraum abwärts eine nachweisbare tiefe Analgesie	Bei der Section fand sich neben einer typischen, hochgradigen Hinterstrangserkrankung eine sich vom oberen Cervicalmark bis in die Gegend des Uebergangstheils (vom Dorsalmark zum Lendenmark) erstreckender, von oben nach unten sich verschmächtigender, central gelegener Tumor, eizellenarmes Gliom.
5.	Kiunosuke Miura, Ueber Gliom des Rückenmarkes und Syringomyelie. Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allgem. Pathologie. 1892. Bd. XI. (ref. Neurol. Centralbl. 1892. p. 109).	8jähriger Knabe. Parese an den unteren Extremitäten. Die Parese d. Arme betrifft vorzugsweise die Extensoren der Vorderarme. Die Sensibilität von unten bis zum Manubrium sterni sehr vermindert. Die Innervation der Muskeln	Autopsie. Das Rückenmark zeigt eine von der grauer Substanz ausgehende und die weisse Substanz diffus ergreifende Gliawucherung, welche vom mittleren Cervicalmark bis hinab zum untersten Theil des Lendenmarks sich erstreckt. Eine Höhlenbildung ist nicht vorhanden, nur zeigten sich : arme Stellen von homogener Beschaffenheit, we vielfach mit kleinen Hämorrhagien durchs waren. Gliom des Rückenmarks.

geschieht gruppenweise.

#### E. Ein Fall von Höhlenbildung im Rückenmark des Kaninchens.

1.	Roger, H., Contribution à études de cavita pathologique. Revue de médecine. 1892. Août. p. 577. (ref. Neurolog. Centralbl. 1894. p. 315).	—	Bei einem Kaninchen, welches an spastischer Paraplegie der Hinterbeine und an epileptiformen Anfällen litt, fand sich eine (der Syringomyelie des Menschen entsprechende) kleine Höhlenbildung in Cervicalmark eine grössere, in der grauen Substanz u. den Hinterstr. d. Lendenm. einige kleine accessor. Höhlen in den Seitenstr. Den genaueren histologischen Befund siehe im Original.
----	---	---	--

Zum Schlusse erlaube ich mir meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. H. Eichhorst für die gütige Ueberlassung des Materials des Falles und für seinen freundlichen Beistand meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Ich fühle mich ferner verpflichtet, dem Herrn Prof. Dr. A. Forel, welcher mir seine Bibliothek sowie diejenige der Irrenheilanstalt zur Benutzung offen liess, dem Herrn Prof. Dr. Stöhr und Herrn Privatdocent Dr. W. Felix, welche mir den Embryograph, den Zeichnungsapparat und das Mikrotom, ferner das ganze Laboratorium des anatomischen Instituts zur Verfügung stellten, sowie den Herrn: Dr. Banholzer, Dr. Bach und dem Privatlehrer Iw. Tschernischoff für freundliche Orientirung in der Literatur ebenfalls verbindlichst zu danken.

---

### L i t e r a t u r.

Die Einleitung der gegenwärtigen Arbeit verspricht: „Eine Zusammenstellung sämmtlicher Fälle aus der Literatur vom Jahre 1887 an“. Ich konnte dies jedoch nicht erreichen, da ich von den Arbeiten der 232 Verfasser, welche ich bei meiner Zusammenstellung benutzte, die Werke von 30 Autoren nicht zur Hand bekommen konnte, trotzdem ich mich an meine Freunde in Bern, Basel, Genf, München etc. wandte.

Ein besonderes Verzeichniss der Literatur zu geben, finde ich überflüssig, da der grösste Theil der Werke mit kleinen Referaten schon in der gegenwärtigen Arbeit angegeben ist.

Ein solches Verzeichniss der von ihm benutzten Autoren hat Schlesinger am Schlusse seiner Arbeit: Die Syringomyelie, Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1895, in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

Seine Arbeit habe ich gelesen, als die gegenwärtige bereits dem Druck übergeben war.

---