

Hühnereigrösse, in der linken Hemisphäre unter der dritten Stirnwandung und den angrenzenden Theilen der Centralwindung gelegen. Derselbe besass einen ziemlich dicken, auf der Innenseite aus gefässreichem Granulationsgewebe, aussen aus festem Bindegewebe bestehenden Balg. Nirgends wurden Tuberkelkerne nachgewiesen, dagegen war das Granulationsgewebe durchsetzt von Tuberkelbacillen, die auch der Eiter anstatt der gewöhnlichen Eitermikroben in Unzahl enthielt. Fr. neigt sich der Annahme zu, dass die Eiterung durch die Tuberkelbacillen veranlasst, ein früher bestehender Solitär-Tuberkel so eingeschmolzen sei. Offenbar ist es dennoch nützlich, bei unklarer Entstehungsart eines Abscesses, namentlich auch bei gleichzeitigem Befunde tuberculöser oder käsiger Prozesse, den Abscessinhalt genauer zu untersuchen. Auch die Möglichkeit einer primären Hirntuberculose ist nicht ganz von der Hand zu weisen.

Während bisher die mikroskopische Untersuchung des Nervensystems bei der progressiven Paralyse die pathologischen Befunde vorzugsweise an den anscheinend systemartig zusammengehörenden Fasern des Rückenmarks oder im Gehirn, besonders an den peripher gelegenen Faserzügen erhoben wurden, berichtet Friedenthal (6) über Untersuchungen des Hemisphärenmarks, welche verbreitete Erkrankungen der Marksubstanz an dieser Stelle zu Tage förderten.

In einem Idiotengehirn hatte er in der Umgebung kleinerer Herde von Bindegewebsverdickungen eine ausgedehntere Abnahme markhaltiger Fasern gefunden (Genauerer s. im Original), wobei aber die der Rinde anliegende Markleiste, die bogenförmigen Meynert'schen directen Associationsbündel, die Radialfasern der Rinde fast ganz verschont geblieben waren.

Bei Paralyse dagegen ist der Markschwund ein allgemeiner und ergreift speciell ebenso stark die Markleiste der Rinde, wie das Marklager und die dasselbe durchsetzenden Züge. Nur ausnahmsweise finden sich bei Paralytikern an einzelnen Stellen kleine Herde, in welchen die Markfasern stark vermindert, aber die compact hindurchziehenden Züge erhalten bleiben.

Die Häufigkeit des Vorkommens von Syphilis im Vorleben der Paralytiker bestätigt nochmals eine neuere Zusammenstellung von Ziehen (7). Hiernach liegt der Procentsatz von Syphilis bei männlichen Paralytikern um 43 pCt., bei Nichtparalytikern zwischen 1 1/2 und 13 pCt. Alkoholmissbrauch im Vorleben fand sich bei 17 pCt., psychische Ursachen wurden bei 35 pCt. festgestellt. Unter den 100 Fällen des Beobachters war jedoch nur fünfmal Syphilis allein als mögliche Ursache nachweisbar.

Die Erkrankungen nach Syphilis boten keine charakteristischen Züge gegenüber den anderen dar. Acht Fälle wurden mit energischer (bis zu 400,0 Ung. ein.), durch Massage und Lanolinabreibung vermittelter Schmiercur und mit nachfolgender Jodkaliverordnung behandelt; in sechs von diesen Fällen trat erhebliche Remission ein und zwar einmal unter vorübergehendem Wiederauftreten des Kniephänomen bei dem Jendrassik'schen Verfahren.

Dietz (8) fand unter 88 Fällen typischer Paralyse noch höhere Zahlen für Syphilis im Vorleben (über 60 pCt.). Die Zahl der Kranken, bei denen sich von den vermuteten Ursachen Lues allein findet, ist bei ihm viel grösser als bei Z., sie betrug über 44 pCt. — sie ist auch viel höher als die Zahl der Fälle, bei welcher allein die Möglichkeit vom Alkoholeinfluss (5,7 pCt.) oder von psychischer Einwirkung (3,4 pCt.) vorlag. Eine besondere Form des Leidens ergab sich aus der Betrachtung der Paralytiker mit Syphilis im Vorleben nicht. Auch D. fand, dass Remissionen vorzugsweise bei früher Syphilitischen und unter dem Einflusse von Schmiercur und langer Jodkaliabehandlung eintreten. M.

Citate.

1. Heidelberg, Carl Winter, 1886.
2. Centralbl. f. d. med. Wiss., 1887, S. 95.
3. Arch. f. Psych., Bd. 18, Heft III.
4. Ueber multiple inselartige Sklerose des Centralnervensystems im Kindesalter. Eine pädiatrisch-klinische Studie von Dr. L. Unger. Wien, Leipzig, Töplitz & Deuticke. 1887.
5. Ueber tuberculösen Hirnabscess. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1887, No. 18.
6. Neurolog. Centr.-Blatt, 1887, No. 4 u. 5.
7. Ibid., 1887, No. 9.
8. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 48, Heft 3.

Die Anatomie des Beckens im Hinblick auf den Mechanismus der Geburt. Von J. Veit. Stuttgart b. Enke, 1887. 4^o.

Beschäftigt mit anatomischen Beckenstudien glaubte Verf. eine Lücke in unseren Kenntnissen zu sehen in Bezug auf die Art der Einwirkung der im knöchernen Becken liegenden Weichtheile auf den Durchgang des Schädels bei der Geburt.

Um sich hierüber Klarheit zu verschaffen, betrat er den in neuerer Zeit mit so grossem Nutzen verfolgten Weg der Durchschneidung gefrorener Leichen, um untrügeliche Situspräparate zu erhalten. Zunächst beziehen sich seine Studien allerdings nur auf ein derart behandeltes Becken und sollen demgemäss auch nur für ganz normale Verhältnisse gelten.

Verf. liess das mit den Weichtheilen gefrorene Becken zunächst median durchsägen und legte dann Schnitte durch die eine Hälfte in den geburtsüblich bekannten Beckenebenen. Er studirte nun an diesen Durchschnitten zunächst den Einfluss der Weichtheile auf die Figuration der

betreffenden Ebenen und zieht schliesslich aus diesen Studien gewisse Folgerungen für die Erklärung des Mechanismus des Durchtritts des Kopfes. Ohne auf die Einzelheiten hier eingehen zu können, sei nur erwähnt, dass der Verf. auf Grund dieser anatomischen Studien zu dem Schluss kommt, dass die bekannten Beckenebenen zum Theil in erheblicher Weise von den Muskeln eingeschränkt werden, dass aber eine Ebene am Becken existirt, welche so gut wie keine Einengung durch dieselben erfährt; das ist eine durch den unteren Rand der Symphyse und parallel zur Beckeneingangsebene gelegte, von ihm als „Hauptebene“ bezeichnete Ebene. Die in den anderen Ebenen in Betracht kommenden Muskeln sind der Ileopectus, der Obturator internus und der Pyramiformis.

V. zieht den Schluss, in welchem Referent ihn vollkommen beipflichten kann, dass unter normalen Verhältnissen von einem Mechanismus des Durchtretens des Kopfes durch den Beckencanal erst von dieser „Hauptebene“ an die Rede sein kann, dass mithin ein Mechanismus im Beckeneingang hier nicht existirt. Die Drehungen, welche der Schädel dann macht, besonders die Herumwälzung des Hinterhauptes um die Symphyse und die Drehung der kleinen Fontanelle nach vorn, glaubt V. wesentlich aus der Einwirkung des Pyramiformis und des Obturator internus herleiten zu können, während er der gewöhnlich hierfür herangezogenen Wirkung der Weichtheile des Beckenausgangs nur die Bedeutung eines Hilfsmechanismus zuerkennt.

Wenn auch im Einzelnen nicht alle Schlussfolgerungen des Verf. anerkannt werden können, vor Allem immer zu beachten ist, dass diese Folgerungen nur auf die Untersuchung eines Präparates sich aufbauen, so ist gewiss diese Methode der Untersuchung die einzig rationelle und insofern die Arbeit ein recht werthvoller Beitrag zur Kenntniss der für den Hergang der Geburt wichtigen anatomischen Verhältnisse. Fünf nach der Natur in Lebensgrösse gezeichnete Tafeln veranschaulichen die Beschreibungen des Textes und geben interessante Bilder der anatomisch-topographischen Verhältnisse.

Giessen, Juli 1887.

M. Hofmeier.

VI. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

Sitzung vom 24. Februar 1887.

Vorsitzender: Herr Mehlhausen.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Siemerling einen Fall vor von forensischer Hystero-Epilepsie.

Die 47jährige Schneidermeisterwitwe M. aus Neu-Strelitz wurde am 10. December der Irrenabtheilung der Charité zur Beobachtung ihres Geisteszustandes überwiesen.

Dieselbe ist, wie aus den Acten hervorgeht, schon wiederholt wegen Ladendiebstähle in Untersuchung gewesen, 1 mal bestraft, 2 mal wegen Geisteskrankheit freigesprochen (1884 und 1885). Anfang 1886 wurde vom Gericht das Entmündigungsverfahren eingeleitet. Dasselbe hatte ein negatives Resultat, da beide Sachverständige die Provoctin für nicht geisteskrank hielten, bei der die Simulation nicht auszuschliessen war. Da sie deshalb auf freiem Fuss blieb, nahm sie bald wieder ihre alte Beschäftigung auf, wurde im October 1886 auf dem Stettiner Bahnhof, als sie im Begriff stand mit ihrer Beute nach Hause abzureisen, verhaftet und in Untersuchung gebracht.

Hier zeigte sie ein auffälliges Wesen, zerriss ihren Umhang in kleine Stücke. Nach mündlicher Mittheilung des Gefängnisarztes waren Krampfanfälle aufgetreten. Sie wurde deshalb zur Feststellung ihres Geisteszustandes der Charité überwiesen.

Nach anamnesticher Erhebung von einer Tochter stammt die Angeklagte aus psychopathischer Familie: ein Bruder der Patientin ist blödsinnig, ein Vetter soll sich zur Zeit noch in einer Irrenanstalt befinden.

Während der Beobachtungsdauer in der Charité wurden Anfälle constatirt, welche sich als hystero-epileptische charakterisirten.

Die grossen Anfälle verlaufen in drei gesonderten Stadien. Der Beginn kündigt sich jedes Mal durch ein verändertes Wesen an: die Kranke wird mürrisch, missmuthig, leicht reizbar, beschäftigt sich nicht, sitzt in den Ecken umher oder geht unstätig im Zimmer herum. Diese Prodromalerscheinungen dauern meistens mehrere Stunden lang. Je näher dem Anfall, desto unruhiger wird die Kranke. Schliesslich bricht ein vollkommenes hallucinatorisches Delirium aus: sie verkennt ihre Umgebung, verwechselt die Personen, kniet nieder, betet, declamirt. Plötzlich ohne Aufschrei tritt dann der Krampfanfall ein: sie stürzt hin. Die Glieder sind schlaff oder in tetanischer Starre. Aufbäumen, leichter Arc de cercle. Klonische Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur. Sensibilität vollkommen erloschen. Einige Male Urinentleerung und Zungenbiss. Die Pupillenreaction während des Anfalles erhalten. Eiweiss im Urin nach dem Anfall nicht nachweisbar. Dauer des Krampfes wenige Minuten (2—3). Nach demselben tritt noch ein Delirium ein, ähnlich dem vorausgegangenen, jedoch nicht so intensiv und so lange anhaltend, wie das erste. Ein mehrstündiger Schlaf endigt dann die Scene.

Neben diesen grossen Krampfanfällen traten Schwindel- und petit mal-Anfälle wiederholt in Erscheinung.

Die Bezeichnung Hysteroepilepsie ist deshalb gewählt, weil neben den grossen Anfällen Vertigo und petit mal beobachtet wurden, weil ferner die grossen Krampfanfälle einmal eine Reihe von Symptomen boten, welche

gewöhnlich dem hysterischen Anfalle fehlen (Zungenbiss, Urinentleerung), auf der anderen Seite eines Symptoms entbehren, welches dem classischen epileptischen Anfalle charakteristisch ist, nämlich der reflectorischen Pupillenstarre.

Von ganz besonderem Interesse sind die bei der Kranken bestehenden Sensibilitätsstörungen. Die ganze linke Körperseite ist anaesthetisch für Berührung, zeigt eine Herabsetzung der Druckempfindlichkeit und eine totale Analgesie. Auch der Temperatursinn ist links erloschen. Aeusere Haut und Schleimhäute nehmen in gleichem Masse Theil.

Von den sensorischen Functionen sind Geruch, Gehör, Geschmack links in geringem Grade beeinträchtigt, hervorragend ist das Gesichtsfeld an der Störung theilhaft. Dieses bildet gewissermassen einen Gradmesser des psychischen Verhaltens. — Das Gesichtsfeld ist beiderseits für Weiss und Farben concentrisch eingeengt, links mehr als rechts. Diese concentrische Gesichtsfeldeinengung ist in der anfallsfreien Zwischenzeit eine mässige. Der Beginn des Anfalles kündigt sich stets durch eine erhebliche Einengung an (10°—20°), und ebenso ist der überstandene Anfall noch nachweisbar durch die concentrische Gesichtsfeldeinengung, welche erst ganz allmählig nachlässt, wie eine Tage lang fortgesetzte Untersuchung ergibt. Immer ist auch bei der stärksten Einengung die linke Seite mehr betroffen, als die rechte.

Das Muskelgefühl hat erheblich gelitten auf der linken Seite. Patientin ist über Lage- und Stellungsveränderung an den Extremitäten schlecht orientirt.

Die aus den Anfällen restirenden dauernden psychischen Störungen sind kurz folgende: Es hat sich ein erheblicher Grad von Schwachsinn bei der Patientin ausgebildet und auf dem Boden dieses ist eine Geistesstörung entstanden, welche sich als chronische Paranoia mit Grössenideen charakterisirt.

Die Patientin wurde in Folge des abgegebenen Gutachtens als geisteskrank der Irrenanstalt überwiesen.

Besondere Beachtung verdienen die eigenartigen Sensibilitätsstörungen in diesem forensischen Falle. Wenn auch Sensibilitätsstörungen bei Hysterie schon lange bekannt waren, so ist es doch das Verdienst von Thomsen und Oppenheim, darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass Störungen der Sensibilität auch bei Epilepsie und einer Reihe von anderen Neurosen vorkommen. Beide Autoren bringen die Störungen auch in Zusammenhang mit dem eigentlichen Krampfanfalle. In dem vorliegenden Falle sehen wir bei der Mehrzahl der Anfälle die Psyche alterirt, vor und nach dem Anfalle haben wir Störungen der Psyche unter der Form der Bewusstseinsstörung und des hallucinatorischen Deliriums mit mehr oder weniger grosser Erregung. Im engen Anschluss an die mit psychischen Störungen einhergehenden Anfälle sehen wir die Sensibilitätsstörungen auftreten.

Es erhellt hieraus die Wichtigkeit, welche solchen Untersuchungen in Fällen von zweifelhafter Geistesstörung beizumessen ist. An der Hand derselben sind wir im Stande, den stricten Beweis einer bestehenden Nervenkrankheit, welche häufig die Grundlage einer schweren Psychose bildet, zu erbringen, namentlich dann, wenn die eigentlichen Krampfanfälle, sei es nun, dass sie in Form von petit mal oder nächtlichen Anfällen auftreten, und sich dadurch leicht der Beobachtung entziehen, nicht sehr in den Vordergrund treten.

In der Discussion bemerkt Herr Schweigger, dass trotz der hochgradigen Gesichtsfeldeinengung, wie sie Patienten dieser Art zeigen, die Orientirung bei denselben nicht gestört ist. Die Annahme einer Simulation bei einem solchen Verhalten ist auszuschliessen. Bei der Gesichtsfeldprüfung wird nur festgestellt, ob der Betreffende ein Netzhautbild, das bei ihm durch ein Gesichtsubject entworfen wird, empfindet. Anders ist es mit der Orientirung. Es ist recht gut möglich, dass ein excentrisches Netzhautbild nicht zum Bewusstsein kommt, aber dass es dennoch regulirend auf die Bewegungen einwirkt, und daran kann man sich erklären, dass in solchen Fällen trotz erheblicher Gesichtsfeldeinengung doch die richtige Orientirung erhalten bleibt.

Herr Thomsen: Vorstellung eines Falles von acutem schweren Railway-Brain.

Herr Thomsen stellt einen 30jährigen, früher absolut gesunden Bahnarbeiter (nicht Potator) vor, der beim Rangiren eines Zuges plötzlich heftig mit dem Kopfe gegen die Querwände des Wagens, in welchem er sich befand, geschleudert wurde. Ohne Verletzung und vorläufige Bewusstlosigkeit ist Patient nach einigen Stunden plötzlich tobsüchtig verwirrt, glaubt sich verfolgt, ist völlig unorientirt, kennt die einfachsten Dinge nicht, bezeichnet sie falsch. Absolute Anästhesie des ganzen Körpers, sonst keine somatischen Erscheinungen.

Am 4. Tage heftige Kopfschmerzen, mit 44 Pulsen, dabei ausser der Anästhesie der Haut hochgradige concentrische Gesichtsfeldbeschränkung, Verlust des Geruchs, Geschmacks, Schwerhörigkeit.

Am 5. Tage plötzliches Verschwinden aller psychischen Symptome. Patient ist ganz klar, hat aber für den ganzen beschriebenen Zeitraum von der Einlieferung ab bis jetzt nicht die geringste Erinnerung, auch für die Verfolgungsideen hat er absolut keine Erklärung.

Im Laufe der weiteren Beobachtung zeigte Patient ein wechselndes, meist stark hypochondrisches, weinerliches Wesen, klagte über Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Mattigkeit und Fehlen des Geschmacks. Keine Angst oder ängstliche Träume.

Somatisch zeigte sich nunmehr eine hochgradige Hyperästhesie des Kopfes und der Wirbelsäule, concentrische Gesichtsfeldeinengung für weiss und Farben, Verlust des Geruches und Geschmacks, Schwerhörigkeit. Vereinzelt krampfartige Zufälle mit Paresen der Facialis und Benommenheit.

Patient wurde als gebessert entlassen, doch ist der Zustand noch im

Mai 1887 derselbe: reizbares deprimirtes Wesen. Arbeitsunfähigkeit wegen Kopfschmerz und Schwäche, zuweilen Anfälle.

Vortragender bezeichnet den Fall als „acuten Railway-Brain“ weil nach einer der gewöhnlichen Ursachen der sog. „Railway-Spine“ analoger Erschütterung nach Ablauf der transitorischen Geistesstörung das psychisch nervöse Symptomenbild sich entwickelte, das man sonst nach Eisenbahnverletzungen (Railway-Spine) sieht: Gemüthsdepression, Anästhesie der Haut und Sinnesorgane, Schwächezustände.

Er betont, dass alle Symptome auf eine functionelle Störung des Cerebrum hinweisen, während eine Betheiligung des Rückenmarks unwahrscheinlich ist.

Er hält die Prognose für dubia.

In der Discussion macht Herr Moeli darauf aufmerksam, dass in dem vorliegenden Falle die Bezeichnung „Railway-Brain“ nicht ganz gerechtfertigt erscheint, weil das geschilderte Krankheitsbild namentlich nach der Dauer des Eintretens der Symptome abweicht von dem gewöhnlichen Verlaufe dieser nach Eisenbahnunfällen eintretenden psychischen Störungen, mehr ähnelnd erscheint dem acuten traumatischen Irresein.

Herr Thomsen bemerkt, dass er die Bezeichnung „Railway-Spine“ auch für die Fälle beseitigt wissen möchte, in denen es sich um Kopfverletzungen nach Eisenbahnunfällen handelt, da in diesen Fällen die Erscheinungen von Seiten des Gehirns vorwiegen — daher eben „Railway-Brain“ — während Erscheinungen des Rückenmarks fehlen.

Herr Ehrlich: Ueber Pleuritis.

Vortragender berichtet eingehend über die seit längerer Zeit auf der zweiten medicinischen Klinik der Charité auf Anregung des Herrn Geh.-Rath Gerhardt angestellten Untersuchungen der Pleuraexsudate. Die Untersuchungen wurden angestellt, um einen Einblick in die Genese der Pleuritis zu gewinnen und zu erforschen, ob sich nicht durch genauere Methoden in dem Exsudat die Erreger der Krankheit als solche nachweisen lassen würden. Diese Vermuthung hat sich im Allgemeinen nicht bestätigt, und nur in wenigen Formen der Pleuritis sind bis jetzt irgend welche Resultate erzielt worden. Insbesondere herrscht noch über die gewöhnliche Form der Pleuritis vollkommenes Dunkel.

Jedes Exsudat und zugleich das betreffende Sputum ist einer genauen sorgfältigen Analyse unterworfen worden. Die Untersuchung des Sputums geschah in gewöhnlicher Weise. Die Untersuchung der Exsudate bot einige Schwierigkeiten. Folgender Weg erwies sich als der zweckmässigste. Nicht das frische Exsudat wurde untersucht, sondern nach eingetretener Gerinnung. Dabei wurden kleinere Exsudatmassen verwendet. Circa 2 Ccm. des Exsudates wurden mit der Spritze herausbefördert. Nach Gerinnung wurde der Inhalt der Spritze auf einen grossen Objectträger ausgebreitet. Das Gerinnsel wurde sterilisirt und zwischen 2 grossen Objectträgern in Trockensubstanzen umgewandelt. Gefärbt wurden die Präparate 2 Stunden lang mit Fuchsin-Anilin, in sorgfältigster Weise entfärbt, wobei die Entfärbungslöslichkeit — Salpetersäure — immer nur kurze Zeit, wenige Secunden, auf das Präparat einwirkte. Die Nachfärbung geschah mit Methylblau.

45 Fälle der verschiedensten Art von Pleuritis wurden auf diese Weise der Untersuchung unterzogen. Darunter fanden sich 20 Fälle gewöhnlicher Pleuritis, 9 Fälle tuberculöser, 6 Fälle carcinomatöser Pleuritis und ausserdem 9 Fälle von verschiedenartigen Empyem. In keinem Falle von gewöhnlicher Pleuritis wurden Tuberkelbacillen im Sputum oder im Exsudat aufgefunden. Unter 9 Fällen mit manifester Lungentuberculose fanden sich 2 Mal im Exsudat Tuberkelbacillen in mässiger Menge. In einem dieser hatte vorher die Untersuchung des Sputums vollkommen negatives Resultat ergeben. Die Fälle carcinomatöser Pleuritis zeigten selbstverständlich keinerlei Mikroorganismen. Bei den Eiterungsfällen wurden in 6 keine Tuberkelbacillen gefunden. Diese Fälle gelangten zur Operation, und der Heilverlauf bewies, dass es sich in der That um keinerlei tuberculöse Erkrankung gehandelt habe. Bei 3 anderen Fällen wurden in zweien Tuberkelbacillen gefunden, während ein dritter, zur Zeit noch auf Station, bisher ohne Resultat geblieben ist. — Angesichts dieser Resultate könnte die mikroskopische Untersuchung in solchen Fällen etwas unsicher erscheinen. Bei der Sorgfältigkeit der Untersuchung ist ein Uebersehen von Tuberkelbacillen mit ziemlicher Sicherheit auszuschliessen. Es stimmen ferner die Resultate mit den auf anderem Wege nämlich durch Züchtung gewonnenen überein. Aus der einschlägigen Literatur, nach den kürzlich erschienenen Arbeiten über die Untersuchung der Pleuraexsudate durch Züchtung decken sich die Resultate der mikroskopischen Untersuchung vollkommen mit der Impfung. Bezüglich der Thatsache, dass die Tuberkelbacillen in einem Exsudate vollkommen fehlen, das von einer von Tuberkeln durchsetzten Membran stammt, lassen sich einige theoretische Erwägungen anstellen, welche diese etwas auffallende Thatsache erklären können. Fast constant kommen in eitrigem Empyem, die auf tuberculöser Basis beruhen, Tuberkelbacillen vor. Die Tuberkelgranulationen pflegen aber bei der gewöhnlichen Form der granulirenden Pleuristuberculose entwickelter zu sein, als bei Empyem. Es kann also an der Menge der Tuberkelreptionen nicht liegen, dass in einem Falle constant Tuberkelbacillen im Exsudat vorhanden sind, in anderen nur in einer geringen Zahl von Durchschnitten. Viel wahrscheinlicher ist, dass dieses mit der Eiterung zusammenhängt. Der Unterschied zwischen der Eiterbildung und der fibrösen Entzündung beruht bekanntlich darin, dass in einem Falle die Fibrinbildung vollkommen ausbleibt und im anderen Falle constant eintritt. Stellt man sich vor, dass in einem Falle von Pleuritis tuberculosa constant von Zeit zu Zeit Niederschläge von Fibrin im Exsudat sich bilden, so ist leicht ersichtlich, dass

diese Fibrinniederschläge an und für sich das Exsudat von den darin enthaltenen Tuberkelbacillen reinigen müssen. Ausserdem ist in Betracht zu ziehen, dass bei der tuberculösen Pleuritis die Pleura von einer dicken Schwarte von Fibrin umkleidet ist, welche die Durchwanderung der Tuberkelbacillen hindern muss. In diesem Umstande, in der constanten Reinigung des Exsudates durch Fibrinbildung und in der schweren Durchwanderbarkeit der Membran scheinen die Momente zu liegen, die es bedingen, dass so selten in derartigen Fällen Bacillen im Exsudate nachgewiesen werden.

In der Discussion berichtet Herr A. Fränkel über die von ihm seit einiger Zeit bei pleuritischen Exsudaten angestellten Untersuchungen. Niemals liessen sich bei den serös-fibrinösen Pleuritiden Mikroorganismen nachweisen; auch in den serös-fibrinösen Exsudaten von Individuen, bei denen im Sputum Tuberkelbacillen vorhanden waren, wurden keine Tuberkelbacillen aufgefunden. Die Ursache liegt möglicherweise in gewissen Schwierigkeiten der Färbung. Er erwähnt dabei die neuerdings im Laboratorium von Pasteur angestellten Untersuchungen über Züchtung der Tuberkelbacillen auf künstlichem Nährboden mit einem Zusatz von Glycerin, welche ausserordentlich günstige Resultate ergeben haben.

In einem Falle von tuberculösem Pyo-Pneumothorax liessen sich erst nach längeren Färbungsversuchen durch Ehrlich Tuberkelbacillen im Exsudat nachweisen. Offenbar ist der Pneumothorax hier durch Entleerung des Inhaltes einer Caverne entstanden; ausser Tuberkelbacillen hatten sich keine anderen Organismen im Exsudat entwickelt. Das Eindringen der Luft hat bei diesem Patienten keinen schädlichen Einfluss ausgeübt, wie sich später, als durch unvorsichtige Handhabung der Ventile des Apparates bei einer Punction Luft in die Pleurahöhle eingetrieben war, nachweisen liess, indem trotz des Lufteintritts nicht ein einziger fremder Organismus nach einigen Wochen im Exsudat aufzufinden war.

Herr Israel bemerkt bezüglich der von Ehrlich gegebenen Annahme über das Fehlen oder Vorhandensein von Tuberkelbacillen in citrigen Exsudaten im Gegensatz zu den serös-fibrinösen, dass, wenn auch eine derartige Möglichkeit der Reinigung bacillenhaltiger Exsudate durch fibrinöse Niederschläge vorhanden ist, doch ein principieller Unterschied auf den anatomischen Verhältnissen beruht, welche bei diesen verschiedenen Processen vorliegen. Die Bildung von Tuberkeln in einer serösen Haut beruht nämlich darauf, dass Tuberkel im Gewebe entstehen auf Grund der Anwesenheit von Mikroorganismen, welche sich an diesen speciellen Stellen entwickeln, während eitrige Entzündungen, die ebenso gut durch Tuberkelbacillen veranlasst sein können, stets auf einer Auswanderung von Elementen aus dem Gewebe in die Flüssigkeit der serösen Höhle resp. auf die Oberfläche derselben beruhen. Es handelt sich also in dem einen Falle um das Liegenbleiben von ätiologisch wirkenden Mikroorganismen an einer ganz bestimmten Stelle, während in dem anderen Falle die Zellen selber keine feste Oertlichkeit einnehmen, sondern von grosser Beweglichkeit und dadurch im Stande sind, die ätiologisch wirkenden Elemente von dem Orte fortzuschleppen und sie auf diese Weise in den Höhleninhalt hineinbringen. So scheint sich zu erklären, dass bei den tuberculösen Peritonitiden, welche häufig bei Lebercirrhose vorkommen, wenig oder sehr selten Tuberkelbacillen gefunden werden, während bei citrigen Exsudaten die Menge derselben meist eine ganz nachweisbare ist. Diese Verschleppung von Keimen aus den Geweben der Höhle ist nur möglich durch die Zellen, falls die Keime nicht selbst beweglich, wie es bei den Tuberkelbacillen der Fall ist, oder durch ulcerösen Zerfall.

Herr Gerhardt stimmt den von Israel gemachten Angaben bei, glaubt, dass das Empyem bei Tuberculose, das weit seltener vorkommt als das hämorrhagische und das faserstofflich-seröse Exsudat in einer grösseren Zahl von Fällen, als man gewöhnlich annimmt, durch Perforationsvorgänge entstanden ist, einmal durch Pneumothorax, indem ein steigendes Empyem die Luft verdrängt hat und die Oeffnung sich verschlossen hat, und in zweiter Linie durch insensible Perforation, indem durch minutiöse Perforationsöffnungen Eiterbestandtheile in den Pleurasack wandern, ohne dass es zu massenhaftem Lufteintritt in den Pleurasack kommt. Nimmt man diese Entstehung des Empyems bei Tuberculose in der Mehrzahl der Fälle an, so erklärt es sich, dass in citrigen Exsudaten so regelmässig Tuberkelbacillen sich finden.

Herr Burchardt: Demonstration des Kokkus der Keratitis phlyctenulosa. (Ist besonders veröffentlicht.)

An der Discussion betheilt sich Herr Uthoff.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. Januar 1887.

Vorsitzender: Herr Westphal.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Wiederwahl des Vorstandes und der Aufnahmekommission für das Jahr 1887 durch Acclamation.

Hierauf hält Herr Westphal den angekündigten Vortrag: „Anatomischer Befund bei einseitigem Kniephänomen.“

Der Vortragende fasst die früher über die Localisation des Kniephänomens von ihm gefundenen und beschriebenen Thatsachen kurz zusammen und berichtet über einen Fall, in welchem ein einseitiges Verschwinden des Kniephänomens bei einem paralytischen Geisteskranken gefunden wurde. Derselbe, im Juli 1886 aufgenommen, blind und geisteskrank seit etwa einem Jahre, soll an Kopfschmerzen und Reissen in den Beinen nicht gelitten haben. Drei Wochen vor der Aufnahme ein „Schlaganfall“. Sprache stark paralytisch, die linke Papilla N. opt. atrophisch, die rechte konnte

nicht untersucht werden. Am rechten Beine war das Kniephänomen gut erhalten, am linken fehlte es.

Nach Erhärtung des Rückenmarks ergab die Untersuchung, dass an der von dem Vortragenden bezeichneten Partie der Hinterstränge, deren Erkrankung das Verschwinden des Kniephänomens bedingt (Uebergang vom Dorsaltheil zum Lendentheil), eine Degeneration der Hinterstränge links die „Wurzeintrittszone“ stark mitbetroffen hatte, während rechts diese Zone nur so eben von der Degeneration erreicht wurde. Es bestätigt und ergänzt dieser Fall also die früher vom Vortragenden gefundenen Thatsachen über die Localisation des Kniephänomens.

Herr Westphal demonstriert sodann ein interessantes Präparat einer einseitigen Atrophie des Hypoglossuskerns und seiner Wurzeln. Im linken Hypoglossuskern fanden sich gar keine oder fast gar keine Ganglienzellen, das Grundgewebe erschien durchscheinend; die unmittelbare Umgebung des Kernes war ärmer an markhaltigen Fasern, die Wurzeln des Kernes waren in dünne Fäden umgewandelt. Die Atrophie erstreckte sich vom unteren Ende des Kernes etwa bis zur Grenze des unteren und mittleren Drittels desselben; weiter nach oben verhielten sich beide Kerne gleich. Bei Lebzeiten war dem Befunde am linken Kerne und seinen Wurzeln entsprechend eine Atrophie des vorderen seitlichen Theils der linken Zungenhälfte beobachtet worden; der anatomische Befund war zur Zeit unabhängig von der Kenntniss der Zungenatrophie erhoben worden.

Der betreffende Patient litt ausserdem an einer progressiven Lähmung der Augenmuskeln und grauer Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks.

Auf die Frage des Herrn Remak, wie das Verhalten des Gaumensegels und des Kehlkopfs intra vitam gewesen sei, erwidert Herr Westphal, dass darüber in diesem Falle nichts Näheres bekannt geworden sei. Weiter erinnert Herr Remak an einen ähnlichen vor Jahren von den Herren Reymond und Artaud beschriebenen Fall, in dem bei Hemiatrophie der Zunge (bei Tabes) neben partieller neuritischer Hypoglossusdegeneration einseitige Atrophie des entsprechenden Kernes und geringere des Accessorius- und Trigeminskernes gefunden sei.

Hierauf hielt Herr Koenig den angekündigten Vortrag: Zwei Fälle von Erkrankung der motorischen Zone des Grosshirns.

Bei der Bearbeitung der beiden vorliegenden Fälle hatte K. 8 Fragen in's Auge gefasst, betref's deren die Meinungen auseinandergehen und sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, in wie weit auf Grund der klinischen und anatomischen Untersuchung etwas Klarheit in dieselben zu bringen sein könnte.

Ist bei Erkrankung der motorischen Zone:

1. das Ergriffensein der grauen Substanz ohne Betheiligung der weissen allein im Stande, motorische Störungen zu veranlassen?
2. eine Sensibilitätsstörung nachweisbar?
3. secundäre Degeneration die Regel?

Beide Fälle waren auf der Abtheilung des Herrn Med.-Rath Dr. Sander in Dalldorf beobachtet worden.

Der erste Fall betraf einen 84jährigen dementen Menschen, der vom Hause aus geistig und körperlich normal sich verhalten hatte, im 12. Lebensjahre von einem Wagen auf die linke Seite des Kopfes stürzte, wobei er sich nur leicht verletzte, aber das Bewusstsein verlor. Seit dieser Zeit wurde er dement.

Als ihn Vortrag. zum ersten Male sah, zeigte Patient ausser einer grossen Demenz eine rechtsseitige Hemiparese der Fac., Hypoglossi und der Extremitäten, Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit dieser Seite und motorische Aphasie; die untere Extremität war ausserdem leicht atrophisch. Leider war nicht zu eruiren, wann diese Lähmungserscheinungen aufgetreten waren. Die Demenz, sowie die paretischen Erscheinungen nahmen allmählig zu. Patient verblüdete vollständig. Tod an Pneumonie. Die Section ergab ein altes doppelseitiges Hämatom, eine allgemeine Atrophie des Gehirns, trübe Hirnhäute, sehr erweiterte Ventrikel und eine Sclerose der beiden linken Centralwindungen in ihrer ganzen Ausdehnung, des zu ihnen gehörenden Theiles des Klappdeckels und des hinteren Abschnittes der unteren Stirnwindung. Die rechte Hemisphäre wog 560 Grm., die linke 460 Grm.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass in den sclerosirten Theilen der Rinde die nervösen Elemente in den obersten Schichten ganz fehlten, in den unteren nur in geringer Anzahl vorhanden und sehr verändert waren. In den übrigen Windungen zeigte die Rinde überall eine hochgradige Gefässvermehrung mit krankhafter Veränderung der Gefässwände, Veränderung der Ganglienzellen, Kernvermehrung, Spinnenzellen. Die Marksubstanz überall ganz intact. Keine secundäre Degeneration.

In dem zweiten Falle handelte es sich um Rindenepilepsie. Pat. nicht belastet, stets gesund, nie luetisch, müssiger Potator, stürzte im Juli 1877 in's Wasser, Kopfverletzung dabei in Abrede gestellt; im August traten die ersten epileptischen Anfälle auf, die den gewöhnlichen Charakter hatten. Seit März 1882 Auftreten einer Aura in Gestalt von Ziehen im linken Fuss und Arm; seitdem auch partielle Zuckungen dieser Extremitäten. Die Anfälle gehen stets von dem linken Fuss oder der linken Hand aus; Bewusstsein erhalten; nur einmal wurde ein solcher Anfall mit Verlust des Bewusstseins beobachtet. Ausserdem hatte Patient Schwindelanfälle, ferner Abortivfälle, wo er nur ein Ziehen im Fuss und in der Hand verspürte, Finger gerathen in Hyperextension resp. in Flexion. Die partiellen Convulsionen griffen zuweilen auf die andere Seite über, dabei Verlust des Bewusstseins. Am stärksten afficirt war stets das Bein, welches auch zuerst paretisch und etwas atrophisch wurde; erst später auch Schwäche, dann Parese des Armes; Facialis intact. In der letzten Zeit Herabsetzung