DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Neunzehnter Jahrgang.

Redacteur Geh. Sanitäts-Rath Dr. S. Guttman in Berlin W.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Aus der I. medicinischen Universitätsklinik in Berlin. Ueber Polyneuritis mercurialis¹⁾.

Von Prof. Dr. E. Leyden.

Mein Vortrag knüpft sich an die Krankengeschichte dieses Patienten an, den ich Ihnen jetzt als genesen vorstelle, der aber am 12. Februar d. J. in einem recht schwer kranken Zustande mit einer hochgradig ausgesprochenen Bewegungsataxie der ersten medicinischen Klinik zuzug.

Otto Schubert, Schneider, 23 Jahre, aufgenommen am 12. Februar 1893. Diagnose: Acute Ataxie, Polyneuritis mercurialis.

Am 12. Februar d. J. wurde der 23jährige Schneider O. Sch. von der Abtheilung für Syphilitische auf die erste medicinische Klinik verlegt.

Die Anamnese ergab: Patient, dessen Mutter im Wochenbett, dessen Vater an Auszehrung gestorben ist, hat sieben gesunde Geschwister. Mit 14 Jahren kam er selbst zu einem Schneider in die Lehre und musste sehr angestrengt arbeiten. Patient lebte in auskömmlichen Verhältnissen, jedoch war seine Ernährung eine schlechte. Soldat ist er nicht gewesen. Im Juni 1892 acquirirte er eine Gonorrhoe und ein Ulcus durum. Die Gonorrhoe heilte unter Einspritzungen nach 5–6 Wochen. Im November 1892 zeigten sich Secundärsymptome der Lues (frische Ulceration der alten Narbe; Ausschlag auf der Brust). Er ging zum Arzt, der ihm Medicin zum Einnehmen verschrieb und ihm eine Schmiercur verordnete, bei welcher er immer sechs Tage lang schmierte und am siebenten ein Bad nehmen musste. Mitte December war diese Cur beendet. Bereits drei Tage später zeigte sich das erste Symptom seiner jetzigen Krankheit. Diese begann mit ziehenden Schmerzen im Oberarm und Oberschenkel, die allmählich stärker wurden und sich auch auf Unterarm und Unterschenkel erstreckten. In den Zehen und Fingern hatte er ein Gefühl von Taubheit. Der Gang wurde beschwerlich, er fühlte sich matt und musste endlich die Arbeit aussetzen, um sich in die (neue) Charité zu begeben. Draussen hatte Patient schon Jodkali bekommen, in der Charité erhielt er noch fünf Einspritzungen. Da aber Patient sehr hinfällig war und abgesehen von der Lähmung kein Zeichen von Syphilis mehr darbot, so wurde er am 17. Februar auf die erste medicinische Klinik verlegt.

Status praesens: Patient ist ein gracil, aber sonst gut gebauter junger Mann, Musculatur schlaff, Haut fettarm, Gesichtsfarbe eher blass, ebenso sind die Conjunctivae sehr blass. Haut feucht. Keine Exantheme, keine Oedeme. Die Drüsen am Halse rechterseits mässig vergrössert, nicht schmerzhaft, ebenso sind die Leistenröthen vergrössert. — Puls 88, regelmässig; von guter Beschaffenheit.

Die Klagen des Patienten sind folgende: 1. Reissende, brennende Schmerzen, welche von Zeit zu Zeit stärker werden, aber niemals vollständig aufhören; Sitz derselben sind beide Ober- und Unterextremitäten. Diese Schmerzen folgen dem Zuge der grossen Nervenstämmen, sie sind häufig so erhöht, dass lebhaft klonische Zuckungen eintreten. 2. Gefühl der Taubheit in den Füssen. 3. Schwäche und Unsicherheit beim Gehen und Stehen.

Die Untersuchung des Nervensystems ergibt: Schlaf wegen der grossen Schmerzhaftigkeit in Armen und Beinen gestört. Sensorium und Intelligenz ganz frei. — In den Fingern und Zehen Gefühl von Taubsein. Druck auf die grossen Nervenstämmen der Extremitäten ist schmerzhaft.

Die motorische Kraft in den oberen wie in den unteren Extremitäten ist deutlich herabgesetzt, der Händedruck ziemlich schwach. Bei allen Bewegungen, besonders der unteren Extremitäten, tritt deutliche Ataxie zu Tage, schon während der Patient die Augen offen hat, entschieden verstärkt, wenn er die Augen schliesst. Die Ataxie der Hände ist weniger ausgesprochen.

Der Gang des Patienten ist schwerfällig und deutlich ataktisch; er macht den Eindruck eines Tabikers. Bei geschlossenen Augen fällt Patient sofort um. Er vermag nicht allein, sondern nur mit Unterstützung durch andere Personen einige Schritte zu gehen. Die

Sehnenreflexe fehlen vollständig. Die Sensibilitätsprüfung ergibt an den unteren Extremitäten, etwa von der Mitte des Unterschenkels an, starke Herabsetzung der Empfindung, selbst für gröbere Berührungen. An den Oberextremitäten ist in gleicher Weise, vom Ellbogen ab, die Sensibilität herabgesetzt. — Die Blasenfunction ist ungestört. Das Gefühl eines um den Leib gelegten Reifens besteht nicht. Keine Pupillenstarre.

Urin 1500 ccm, leicht alkalisch. Sediment braust bei Salzsäurezusatz auf. Kein Albumen, kein Zucker. — Herz und Lunge normal.

Therapie: Antineuralgica. Antipyrin. Chloral. Morphiumeinspritzungen. Ruhe im Bett. — Reichliche leichte Ernährung. — Jodkali — später Liqueur Ferri albuminati. — Allmählicher Nachlass der Schmerzen. Am 7. April steht im Journal: Schmerzen verschwunden.

Am 20. April: Es bestehen noch Paraesthesien an Händen und Füssen. Drucksinn, Ortsinn und Temperatursinn lässt keine deutlichen Abnormitäten mehr erkennen. Sehnenreflexe fehlen. Ataxie noch deutlich. Schwanken bei geschlossenen Augen. Druck auf die Nervenstämmen noch schmerzhaft. Muskelsinn wenig abgeschwächt. Motorische Kraft im ganzen noch deutlich vermindert, rechts mehr als links.

26. April. Heute wurden zum ersten male am linken Knie schwache Patellarreflexe beobachtet, rechts fehlten sie noch. Die Sensibilität ist am Ober- und Unterschenkel gut. Jedoch am Fussrücken und der Fusssohle werden feine Pinselberührungen nicht wahrgenommen; auf gröbere Berührungen erfolgt sofort Antwort. Die Ataxie ist sowohl an den oberen wie den unteren Extremitäten noch ziemlich deutlich. Der Gang unsicher und ataktisch. Romberg'sches Symptom deutlich.

28. April. Patient klagt heute wieder über lebhaft ziehende Schmerzen im linken Bein und Arm, so dass er eine Morphiuminjection erhalten musste. — Appetitlosigkeit. — Mattigkeit.

30. April. Auch heute bekam Patient wieder Schmerzen, er bekam einen Esslöffel Chloral.

1. Mai. Der Schlaf war gut; doch klagt Patient heute Morgen über dumpfe Kopfschmerzen.

15. Mai. Die früheren Schmerzanfälle an den oberen und unteren Extremitäten, welche öfters mit lebhaften klonischen Zuckungen verbunden waren, sind seit 14 Tagen völlig ausgeblieben, nachdem schon acht Tage vorher eine deutliche Abnahme derselben eingetreten war. Seit acht Tagen geht Patient ohne Beschwerden nach dem Garten hinunter (zwei Treppen) und geht auch (mit Unterbrechungen), ohne besondere Schmerzen und ohne besondere Mattigkeit zu spüren, im Garten umher. Die motorische Kraft hat auch in den oberen Extremitäten deutlich zugenommen, die Sehnenreflexe sind jetzt beiderseits vorhanden. Ataxie ist nur noch in geringem Grade zu constatiren, sie wird erst deutlich, wenn Patient längere Zeit die Augen schliesst. Die Zunahme der motorischen Kraft ist auch in den unteren Extremitäten deutlich, Patient kann ohne Hülfe auf einen Stuhl steigen, auch die Kniebeuge machen, aber ermüdet noch leicht.

25. Mai. Patient ist so gut wie vollständig geheilt. Nur noch geringe Spuren von Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen.

Als ich den Patienten zum ersten male sah, machte er mir in der That einen sehr frappanten Eindruck, das Krankheitsbild glich dem eines Tabischen, und da mir mitgetheilt wurde, dass Patient vor kurzem syphilitisch gewesen und antisymphilitisch behandelt sei, so erregte der Krankheitsfall begreiflicherweise meine besondere Aufmerksamkeit. Indessen war es mir bald klar, dass es sich nicht um eine Rückenmarkskrankheit, sondern um eine Neuritis mit tabischen Erscheinungen handelte, um eine Krankheitsform, welche in neuerer Zeit vielfach Gegenstand von Discussionen und Publicationen gewesen ist. Ich habe diese Krankheit als acute Ataxie beschrieben. Französische Autoren, namentlich Déjérine, bezeichnen sie als Nervotabes oder Pseudotabes peripherica. Diese Affection schliesst sich an die auch in unserem Verein wiederholt discutierte Krankheitsgruppe der multiplen Neuritis (Polyneuritis) an, welche zu einem den wirklichen Rückenmarkskrank-

¹⁾ Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin.

heiten sehr ähnlichen Krankheitsbilde führt. Die acute Pseudotabes gehört der seltneren Form von multipler Neuritis an, welche vorzugsweise (nicht ausschliesslich) die sensiblen Nerven der Peripherie befällt. Durch ihre Aehnlichkeit mit dem Krankheitsbilde der Tabes hat sie ein besonderes Interesse, indem sie nicht wenig dazu beigetragen hat, die sensible Theorie der Ataxie zu stützen. — Die genauere Untersuchung unseres Kranken lieferte den Beweis, dass es sich eben um diese Form der acuten Ataxie (Pseudotabes peripherica), nicht etwa um eine Rückenmarkskrankheit handelte. Entscheidend hierfür waren die folgenden Verhältnisse: 1) dass die Krankheit sehr schnell aufgetreten war; im Verlauf von mehreren Tagen hatte sich aus dem ersten Symptom des Reissens und der beginnenden Schwäche eine hochgradige Ataxie ausgebildet; 2) ergab sich, dass gewisse Symptome der wirklichen classischen Rückenmarkstabs fehlten: Patient hatte keine Blasenbeschwerden, hatte nicht das Gefühl des umgelegten Reifens und hatte keine Pupillenstarre; 3) endlich war die Vertheilung der Sensibilitätsstörungen eine solche, wie sie der peripheren Neuritis zukommt, nicht aber der classischen Rückenmarkstabs. Die Sensibilitätsstörungen bestanden am unteren Abschnitt der Extremitäten, an den Armen vom Ellbogen bis zu den Fingern und an den unteren Extremitäten von den Knien bis zu den Füßen; die Fusssohlen waren ziemlich frei, auch ein Verhältniss, wie es der peripheren, neuritischen Form entspricht. Wir mussten also nach dem ganzen Symptomencomplex und der Entwicklung der Krankheit die Diagnose auf periphere Neuritis resp. acute Ataxie stellen. Bemerkenswerth war es dabei immer noch, dass die auffälligsten Symptome der classischen Tabes sich in ausgeprägter Weise wiederholten; das Romberg'sche Symptom war sehr deutlich, der Gang in hohem Maasse ataktisch. Ich will indessen nicht unterlassen, hinzuzusetzen, dass auch motorische Störungen vorhanden waren (eine Schwäche in der Muskulatur); aber die Ataxie war das vorherrschende Symptom.

Die weitere wichtige Frage betraf die Aetiologie dieser Polyneuritis. War die vorangegangene Syphilis oder war die vorangegangene Quecksilbereinwirkung anzuschuldigen? Ich habe mich dahin entschieden, die Diagnose auf mercurielle Polyneuritis zu stellen. Zwar ist, wie Ihnen bekannt, eine ziemlich grosse Reihe von Nervenerkrankungen ätiologisch auf Syphilis zurückgeführt worden, und unter diesen werden auch neuritische Formen genannt. Indessen mir ist eine zweifelloso Beobachtung von typischer Polyneuritis und acuter Ataxie auf syphilitischer Basis nicht bekannt geworden. Dagegen spricht eine Reihe von Momenten dafür, eine mercurielle Erkrankung anzunehmen: erstens die Erfahrung, dass solche Erkrankungen nach Quecksilbereinwirkung vorgekommen sind, zweitens ist die Form der hier vorliegenden multiplen Neuritis eine solche, wie sie den bekannten toxischen Formen entspricht. Ich erinnere an den Vortrag, den Herr Jolly im Beginn dieses Semesters hier über Arsenlähmung gehalten, dabei kamen die Fälle von typischer Neuritis zur Sprache. Es giebt eine Reihe von toxischen Formen, die zum Theil motorische, zum Theil ataktische Symptome darbieten, so auch die vielstudirte Alkoholneuritis. Hieran schliesst sich nun auch die mercurielle Neuritis. Drittens fällt der Umstand ins Gewicht, dass die Neuritis wenige Tage nach Beendigung einer Quecksilbercur aufgetreten war, dass die Injectionen, welche auf der syphilitischen Station gemacht wurden, keine Besserung, sondern eher eine Verschlimmerung hervorbrachten, und endlich, dass die Heilung bei Abstinenz von Quecksilber eingetreten ist, ohne dass eine neue antisiphilitische Cur eingeleitet war.

Ich gestatte mir nun, mit einigen Worten auf die Litteratur der im ganzen wenig bekannten Quecksilberlähmungen einzugehen. Ich habe die hauptsächlichsten mir zu Gebote stehenden Schriften hier zusammengestellt. Wenn Sie gestatten, dass ich zunächst mit mir anfangen, so habe ich zu berichten, dass in meiner Klinik der Rückenmarkskrankheiten nichts über mercurielle Lähmung gesagt ist, dagegen habe ich in meiner kleinen Monographie über multiple Neuritis vom Jahre 1888 die mercuriellen Lähmungen schon erwähnt und die Bearbeitung derselben durch Letulle citirt. Von früheren Autoren ist namentlich Kussmaul (Ueber den constitutionellen Mercurialismus, Würzburg 1861) zu nennen: er hebt hervor, dass das Nervensystem vom Quecksilber häufig ergriffen wird. Der Tremor mercurialis ist erörtert und auch von Lähmungen ist die Rede, besonders bemerkenswerth ist ein Fall von Lähmung, welche sieben Jahre bestanden hatte und ohne Alteration der elektrischen Erregbarkeit einherging. Ich erwähne auch die These von Hallopeau (Du Mercurialisme. Arch. de physiol. et thérap. 1878), worin er sagt: „In einigen Fällen, wenn der Organismus noch nicht zu tief ergriffen ist, kann man sehr evidente Zufälle von Muskelschwäche beobachten. Diese Paralysen entwickeln sich sehr langsam und sind gewöhnlich nicht von Atrophie oder einer Herabsetzung der elektromuskulären Contractilität begleitet.“

Die neueren Untersuchungen über Quecksilbervergiftung haben auf das Nervensystem wenig Rücksicht genommen, und das mag daraus erklärlich sein, dass gegenwärtig gerade andere schädliche und nützliche Wirkungen des Quecksilbers das Interesse mehr in Anspruch nehmen, ich meine die Läsionen des Darmcanals, die Durchfälle, die Diurese. Herr Geh.-Rath G. Lewin hat neulich noch unsere Aufmerksamkeit auf die vorübergehende Albuminurie nach Quecksilbercuren gelenkt.

Eine sehr wesentliche Bereicherung der Kenntnisse über Quecksilbervergiftung ist die Arbeit von Letulle in den Archives de Physiologie normale et pathologique von 1887, Bd. IX, p. 306 bis 338 und 436 bis 468, eine Arbeit, die sich allerdings nicht sowohl auf medicinische, wie auf chronische gewerbliche Quecksilbervergiftungen bezieht. Zum Theil sind es die Arbeiter in den Quecksilbergewerken, dann aber auch bei einer Industrie, die mir in dieser Beziehung vorher nicht bekannt gewesen ist, die Bearbeitung und Enthaarung von Kaniuchenfellen. Letulle hat zwar die Vergiftungserscheinungen im ganzen aufgeführt, eine besondere Aufmerksamkeit aber den Lähmungen (Paralysies mercurielles) zugewendet. Im allgemeinen hebt der Autor in dieser Beziehung hervor, dass die Lähmungen meist motorische waren und selten zu Atrophie führten, die Sehnenreflexe waren meist erhalten, und auch die elektrische Erregbarkeit erfuhr keine wesentliche Veränderung. Wenn nun auch der vorherrschende Typus der mercuriellen Lähmungen der motorische ist, so finden sich doch auch in verschiedenen Fällen gleichzeitige Sensibilitätsstörungen angegeben, theils vereinzelte, zerstreute, inselförmige, theils mehr zusammenhängende, zum Theil waren diese Anästhesien sehr hochgradig, und es sind auch im einzelnen Beobachtungen entsprechender Störungen der Bewegung angegeben worden.

In mehreren Fällen ist neben der motorischen Lähmung gleichzeitige Anästhesie hervorgehoben.

Obs. I. Intoxication mercurielle professionnelle: Anesthésie des avant-bras et des mains, etc.

Obs. II. Tremblement. Affaiblissement musculaire. Douleurs en ceinture.

Obs. III. Tremblement mercurielle. Plaques d'anesthésie multiples disséminées des quatre membres — Faiblesse musculaire.

Auch in Obs. V sind Plaques d'anesthésie angegeben.

Obs. VII. Tremblement mercurielle. Zones d'anesthésie localisées aux deux mains. Hierzu heisst es auf der folgenden Seite: „Will der Kranke aufstehen und gehen, so sieht man ihn sogleich seine Beine werfen und ungeordnete (desordonnés) Bewegungen machen, um aus dem Bette zu steigen. Der Gang ist zögernd, schwankend und der Kranke in der absoluten Unmöglichkeit, sich bei geschlossenen Augen stehend zu halten. Dennoch hat er eine gute Muskulatur und scheint nicht an Muskelkraft verloren zu haben, wenigstens was die unteren Extremitäten betrifft (!).“

Diese Citate werden genügen, um zu zeigen, dass auch Störungen der Sensibilität (Anästhesien) häufig sind, dass auch deutliche Ataxie mit Romberg'schem Symptom beobachtet wurde.

Sehr interessant sind nun die experimentellen Untersuchungen, welche Letulle angestellt hat, um den Einfluss des Quecksilbers auf die Nerven zu studiren. Er findet, dass dasselbe einen im hohen Grade schädigenden Einfluss ausüben kann.

Das Resultat dieser experimentellen Untersuchung wird dahin zusammengefasst: bei direkter Wirkung des Quecksilbers durch Contact mit den Nervenröhren steht die Zahl der alterirten Fasern im direkten Verhältniss zur Dauer der experimentellen Intoxication. — Vom Organismus aufgenommen, erzeugt der Mercur in den Nerven drei verschiedene Arten von Läsionen, die wahrscheinlich auf einander folgen, aber gleichzeitig bei einem und demselben Individuum und selbst in ein und derselben Nervenfasern bestehen können.

Diese Läsionen der Nerven sind periaxilläre und segmentäre, sie bestehen in 1) einer blassen Schwellung des Myelin, 2) körnigem Zerfall, 3) segmentärer Atrophie. Der Mercur übt also eine dystrophische (zerstörende) Wirkung auf das Myelin aus, dessen chemische Zusammensetzung er nicht alterirt. Die durch ihn bewirkten Veränderungen sind nicht entzündliche, sie scheinen die Achsencylinder nicht zu ergreifen. Die mercurielle Alteration der peripheren Nerven — ohne über etwaige Läsionen der Nervencentren abzusprechen — tragen dazu bei, die verschiedenen, bei chronischem Mercurialismus häufig beobachteten Phänomene zu erklären. (Die beigegebenen Zeichnungen geben anschauliche Bilder von der Atrophie peripherer Nerven durch Quecksilbervergiftung — wobei das Myelin zerfällt und schliesslich so gut wie gänzlich schwindet.)

Diese Erfahrungen und Untersuchungen von Letulle beziehen sich auf Fälle von chronischer, gewerblicher Quecksilbervergiftung (neben experimentellen Untersuchungen). Mein Fall dagegen stellt

eine multiple Neuritis infolge von therapeutischer Anwendung des Mercur dar. Aber auch dieser Fall steht nicht ganz allein. Herr Dr. Forestier, consultirender Arzt in Aix-les-Bains, hat im Jahre 1890 eine kleine Abhandlung geschrieben: *Polynévrite motrice des membres d'origine mercurielle*. Er beschreibt hier einen dem meinigen ähnlichen Fall bei einem 25jährigen Herrn, welcher in der Zeit vom 15. December 1888 bis 7. Juli 1889 fast andauernd Mercur genommen hatte und seit Ende Juni 1889 eine Schwäche aller vier Extremitäten bemerkte, welche sich zu einer hochgradigen, mit Muskelatrophie verbundenen Lähmung steigerte.

Dieser Fall, der übrigens ebenfalls geheilt wurde, ist noch dadurch ausgezeichnet, dass die angenommene syphilitische Infection sehr zweifelhaft, ja sehr unwahrscheinlich war, so dass die eingetretene Lähmung auf nichts anderes als auf die Quecksilbercuren bezogen werden musste.

Endlich kann ich noch die interessante Beobachtung eines tödtlichen Falles von *Paralysis ascendens acuta* nach Vergiftung mit Sublimat hinzufügen. Dieser Fall ist im Jahre 1877 von Prof. Dr. K. Ketli in Budapest mitgeteilt worden. Hier handelte es sich auch nicht um eine arzneiliche Wirkung, sondern um eine acute Selbstvergiftung. Der Betreffende trank in einem Moment der Unzurechnungsfähigkeit 50 g einer 1%igen Sublimatlösung. Er bekam heftige Dysenterien u. s. w., wurde aber hiervon hergestellt, man glaubte am achten Tage, dass er ausser Gefahr sei, als er anfang, über seine Extremitäten zu klagen. Es trat eine auffallende Schwäche ein, deren Ursache unklar blieb, da sich keine neueren Blutungen mehr gezeigt hatten. Die unteren Extremitäten waren geschwächt, und der Kranke selbst theilte mit — er war Arzt —, dass die Zehen und die Füsse gelähmt seien und er sich nicht zu bewegen vermöge. Die passive Beweglichkeit war ungehindert. Die Lähmung ging progressiv nach aufwärts, befiel alle vier Extremitäten und ergriff auch die Nackenmuskeln. Patient sagte: bei weiterem Fortschreiten müsse er ersticken. In der That trat noch in derselben Nacht der Tod durch Erstickung ein. Die Sensibilität hatte abgenommen und dann ganz aufgehört, Patient fühlte bei hypodermatischen Injectionen den Einstich nicht.

Dieser Fall hat auch Interesse für das Krankheitsbild der aufsteigenden Paralyse. Die Untersuchung des Rückenmarks hat übrigens keine positiven Resultate ergeben.

Dies ist also das Material, nach welchem ich mich für vollkommen berechtigt halte, in meinem Falle die Diagnose auf eine mercurielle Polyneuritis zu stellen, und zwar diejenige Form, welche Motilität und Sensibilität gleichzeitig ergreifen kann, hier aber vorherrschend die Sensibilität ergriffen und zu exquisiten ataktischen Erscheinungen geführt hatte.

Meine Beobachtung und die daran geknüpfte Besprechung des bisher über mercurielle Lähmungen vorliegenden litterarischen Materials, welches in Deutschland noch wenig Beachtung gefunden hat, dürfte schon an sich ein gewisses Interesse beanspruchen. Die freilich jetzt schon überreiche ätiologische Casuistik der toxischen Polyneuritis wird hiermit vervollständigt, und zwar durch Beispiele der relativ seltenen Form metallischer Intoxications-Neuritis.

Die Form der vorgetragenen mercuriellen Lähmung entspricht durchaus den übrigen toxischen Polyneuritiden, welche auch Motilität und Sensibilität ergreifen und nicht zu selten die acute Ataxie hervorbringen.

Eine zweite Bedeutung kommt meiner Mittheilung zu, welche ich nicht überschätzen will, aber auch nicht unterdrücken darf. Die Erfahrung, dass mercurielle Curen, wenn auch nur in sehr seltenen Fällen zu ernstesten toxischen Folgezuständen führen können (ich will an andere schädliche Effecte hier nicht erinnern), lässt es auch nicht ganz überflüssig erscheinen, daran zu erinnern, dass eine Quecksilbercure doch nichts ganz gleichgiltiges ist. Nachdem man vor circa 30 Jahren die Schädlichkeiten der Quecksilberbehandlung in agitatorischer Weise übertrieben hatte, ist nun das Quecksilber wieder in ungestörter uneingeschränkter Action. Gerade im Gebiete der Nervenkrankheiten ist man gegenwärtig sehr geneigt, die Syphilis in grösster Ausdehnung als Aetiologie anzunehmen und daraufhin intensive und wiederholte Hg-Curen zu verordnen. Auch die Tabes gehört zu den Rückenmarkskrankheiten, bei welchen nicht selten Hg-Curen in unberechtigter Weise durchgeführt werden. Das vorgelegte Bearbeitungsmaterial über die Wirkungen des Hg auf das Nervensystem und besonders die experimentellen Untersuchungen Letulle's sind wohl geeignet, daran zu erinnern, dass bei einem Krankheitsprocesse, der in einer fortschreitenden Atrophie der Nervenfasern besteht, die Gefahr nicht ausgeschlossen ist, dass durch Quecksilbercuren an Stelle der erhofften Besserung ein Fortschreiten des atrophirenden Processes herbeigeführt werde.