einer Reihe aufeinanderfolgender Erregungswellen entspricht; die Zitterbewegung ist also meist keine Einzelzuckung, sondern ein kurzdauernder Tetanus. Dabei kann der Ablauf der Erregung im Muskel normal oder verlangsamt sein.

5. Spasmus. Es liessen sich nur ganz vereinzelt ausserordentlich schwache Ausschläge vom Saitengalvanometer ableiten, bei denen die Möglichkeit nicht mit absoluter Sicherheit auszuschliessen war, dass sie von benachbarten Muskeln herrührten.

Herr Schilder (Schlusswort): Im wesentlichen besteht Übereinstimmung zwischen beiden Untersuchungsreihen, nur haben wir auch am spastisch kontrahierten Muskel Aktionsströme nachweisen können, doch waren sie sehr different von den normalen, ihre Frequenz pro Sekunde viel geringer. Bei Gegenspannungen spastisch gelähmter Muskeln war das gleiche nachweisbar.

17. Herr Hermann Schlesinger-Wien: Über Meningitis im Senium.

Eitrige Meningitis ist im höheren Alter nicht selten. Schlesinger hat bereits sieben Fälle von epidemischer Meningitis im Senium klinisch und anatomisch beobachtet und unter rund 2000 Obduktionen von Greisen (Wiener pathol. Inst.) 43 Fälle eitriger Hirnhautentzündung anderer Provenienz gefunden (2 Proz. aller Greisen-Autopsien). Am häufigsten entstehen sie nach eitrigen Mittelohrentzündungen, nach Extremitätengangrän, nach Erkrankungen des Respirationstraktes und der Nebenhöhlen sowie nach Schädelneoplasmen.

Man kann verschiedene Typen der (epidemischen und nichtepidemischen) eitrigen Meningitis im Senium unterscheiden: 1. Meningitis mit den klassischen Symptomen; 2. latente, mitunter ambulante Formen, unter vagen Beschwerden oder unter dem Bilde einer Neuralgie verlaufend; 3. apoplektiform einsetzende Fälle mit oder ohne nachfolgende Hemiplegie; 4. Meningitis unter dem Bilde einer rasch einsetzenden und schnell fortschreitenden Demenz.

Das Kernigsche Symptom und ausgesprochene Rigidität der Lenden- und Brustwirbelsäule sind häufige Frühsymptome, Nackensteifigkeit fehlt öfters im Frühstadium, manchmal dauernd.

Die bisher wenig beachtete postpneumonische seröse Meningitis der Greise wurde von Schlesinger fünfmal gesehen. Sie schliesst sich unmittelbar an eine Pneumonie an. Das auffallendste Symptom ist eine ausgesprochene Wirbelsäulensteifigkeit, namentlich im Bereiche der Brust- und Lendenwirbel. Kernigsches Symptom ist deutlich. Zerebrale Symptome treten zurück, Lähmungserscheinungen wurden nicht beobachtet. Die Spinalpunktion ergibt eine mässig eiweissreiche, klare Flüssigkeit unter hohem Druck.

Die Erkrankung hat einen wochenlangen Verlauf und überdauert die Lungenerkrankung erheblich. Der Endausgang war stets günstig.

Der langsame Ausgleich der meningealen Erscheinungen dürfte durch senile Gewebsveränderungen, Restriktion der Lymphgefäße und durch Ernährungsstörungen infolge von Arteriosklerose bedingt sein.

(Die ausführliche Publikation ist im Neurolog. Zentralbl. 1912. Nr. 20 erfolgt.)

18. Herr O. Foerster-Breslau: Arteriosklerotische Neuritis und Radiculitis..

Von den mannigfachen Störungen, welche bei der Arteriosklerose des Nervensystems auftreten können, haben bisher die Erkrankungen der peripheren Nerven auffallend wenig Beachtung gefunden. Dass es eine arteriosklerotische Neuritis überhaupt gibt, ist in anatomischer Hinsicht vor allen Dingen durch die Untersuchungen von Oppenheim und Siemerling und von Schlesinger festgestellt worden. Das Wesentliche des Prozesses ist einmal die Degeneration der Nervenfasern und zweitens die Sklerose der Vasa nervorum. Nach den Untersuchungen von Schlesinger zeigen die Gefäße nicht nur erhebliche Wandverdickung bis zur Obliteration, sondern es besteht auch eine auffallende Vermehrung der Gefäße selbst. Ich kann auf Grund meiner eigenen anatomischen Untersuchungen die Angaben Schlesingers durchaus bestätigen, hinzufügen möchte ich noch, dass an meinen Präparaten der ungeheuer hohe Grad des Faserschwundes auffällt, zum Teil sind die Nervenfasern auf weite Strecken fast restlos verschwunden, und man hat den Eindruck, dass sklerosierte Gefäße direkt an ihre Stellen getreten sind, indem eine ganze Anzahl Lumina grösserer und kleinerer Gefäße dicht nebeneinander liegen. Kurze anatomische Mitteilungen über die arteriosklerotische Neuritis finden wir noch bei Joffroy und Achard, bei Dutil und Lamy, bei Minowski, bei Lorenz, Arthaud und Ketscher.

Von der arteriosklerotischen Neuritis im eigentlichen Sinne ist die einfache senile Neuritis zu trennen. Bei ihr besteht primärer Faserschwund ohne Sklerose der Vasa nervorum. Die Ursache liegt hier offenbar in dem gesteigerten Abbau der Nervensubstanz bei mangelndem Wiederersatz auf dem Boden des Seniums (Edinger). Allgemeiner Marasmus kann den Prozess wesentlich steigern. Diese Form der Neuritis ist besonders durch Gombault und Sternberg studiert worden.

In klinischer Hinsicht haben sich mit der Frage der arterio-