

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.

Einundzwanzigster Jahrgang.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. A. Eulenburg, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

Lichtensteinallee 3.

Postadresse: Leipzig, Seeburgstr. 31.

I. Die Prognose der acuten, nicht eitrigen Encephalitis.¹⁾

Von Prof. H. Oppenheim.

Der Krankheitsbegriff der Encephalitis ist zwar noch heute ein unfertiger, wir kennen aber einige Formen dieser Erkrankung, deren klinisches und anatomisches Wesen so weit erforscht ist, um sie von anderen Krankheitstypen abgrenzen zu können.

In der pathologischen Anatomie ist die Encephalitis schon lange Zeit ein geläufiger Begriff, wenngleich derselbe auch hier erst mit den grossen Entdeckungen Virchow's bezüglich der Folgen des Gefässverschlusses eine feste Gestalt annehmen konnte. Ich erinnere Sie an die Beobachtungen und Untersuchungen von Gluge, Hasse, Kölliker, an Virchow's Mittheilungen über die Encephalitis der Neugeborenen und die sich zwischen ihm und Jastrowitz entspinnde Discussion, die auch in ihren letzten Erörterungen aus dem Jahre 1883 nicht zu einem definitiven Abschluss gelangt ist. Besonders hat aber die traumatische Encephalitis, die ich von meiner Betrachtung ganz ausschliesse, den Ausgangspunkt zahlreicher Studien und Experimentaluntersuchungen gebildet.

Obschon Huguenin in seiner Bearbeitung dieses Kapitels im Ziemssen'schen Handbuch aus dem Jahre 1878 eine vortreffliche Schilderung der anatomischen Verhältnisse giebt und es deutlich ausspricht, dass nicht jede Encephalitis zur Eiterung zu führen braucht, schwebt ihm doch bei der klinischen Darstellung dieser Krankheitsformen ausschliesslich das Symptombild der suppurativen Encephalitis, des Hirnabscesses vor. Auch eine Mittheilung Hayem's aus dem Jahre 1868 über eine besondere Form der Encephalitis ist namentlich wegen des Mangels einer klinischen Schilderung für den nosologischen Ausbau der Encephalitis nicht fruchtbar geworden. Für diesen war es von einschneidender Bedeutung, als in den letzten Jahren eine Sonderung der eitrigen von den nicht eitrigen Formen erstrebt und bis zu einem gewissen Punkte durchgeführt wurde.

Wenn wir uns heute für berechtigt halten, den Hirnabscess von den nicht eitrigen Formen der Encephalitis zu trennen, so ist für uns dabei in erster Linie der nosographische Gesichtspunkt bestimmend: wir kennen jetzt tödtlich verlaufende Fälle der Encephalitis, in denen nicht Eiteransammlungen, sondern hämorrhagische Erweichungsherde gefunden werden, wir kennen andere Fälle derselben oder verwandter Natur, in denen der Verlauf, die Rückbildung lehrt, dass es nicht zur Eiterung gekommen sein kann; wir haben das Bedürfniss, diese Krankheitszustände auszusondern, sie in eine besondere Rubrik zu bringen. Ob es sich jedoch immer um heterogene Processe handelt, ob die hämorrhagische Encephalitis auch genetisch stets eine andere Krankheit ist als die purulente Form, darüber lässt sich zur Zeit noch nichts Bestimmtes sagen, doch muss wenigstens darauf hingewiesen werden, dass eine Combination der hämorrhagischen Encephalitis mit dem Hirnabscess bereits beobachtet worden ist. Wenn wir dann noch von vereinzelten Fällen absehen, in denen Krankheitsherde in der Brücke und im verlängerten Mark in Analogie zur Myelitis und Polio-myelitis gebracht wurden, wie es Leyden, Eisenlohr, Wernicke, Etter u. a. gethan haben, so ist das Interesse für diese Krankheitsformen erst lebendiges geworden, als Wernicke im Jahre 1881 ein Krankheitsbild schuf, das er auf eine acute, nicht eitrige Encephalitis

zurückführen konnte, und Strümpell den Versuch machte, eine Form der cerebralen Kinderlähmung auf eine Encephalitis vornehmlich der Hirnrinde in der motorischen Region zu beziehen. Während nun aber diese Strümpell'sche Auffassung sich auch heute noch nicht zur völligen Gültigkeit und Anerkennung durchgerungen hat, steht es — dank den Beobachtungen von Wernicke, Thomsen, Kojewnikoff, Boedeker, Eisenlohr, Goldscheider, Jacobaeus u. a. — jetzt fest, dass es eine acute hämorrhagische Hirnentzündung giebt, die sich vom Boden des dritten Ventrikels durch die Wandungen des Aquaeductus Sylvii bis in die vierte Hirnkammer und eventuell darüber hinaus erstreckt, eine Hirnentzündung, der ein gut charakterisirtes Symptombild entspricht.

Ausserdem haben wir aber einer weiteren Form der Encephalitis hier zu gedenken, die sich wenigstens in klinischer Beziehung von der Wernicke'schen Krankheit wesentlich unterscheidet. In Bezug auf diese ist eine Mittheilung Strümpell's aus dem Jahre 1890/91 von grundlegender Bedeutung gewesen; auch die Untersuchungen und Beobachtungen Friedmann's, die er in zwei wichtigen Abhandlungen niedergelegt hat, müssen hier angeführt werden — vor allem ist es aber das Verdienst Leichtenstern's, durch die Schilderung gut beobachteter und anatomisch genau untersuchter Fälle dieser Art den Krankheitsbegriff der Encephalitis ausgestaltet zu haben. Fürbringer hat ebenfalls einen wesentlichen Antheil an der Begründung dieser Lehre, und so möchte ich noch der Beobachtungen von Königsdorf, Schmidt, Müller, Senator, Fraenkel, Stembo und besonders der verdienstvollen Abhandlung von Bücklers Erwähnung gethan haben.

Ich muss es mir versagen, an dieser Stelle in eine Besprechung der Symptomatologie, Diagnostik und pathologischen Anatomie dieser Krankheitszustände einzutreten, vielmehr die einschlägigen Thatsachen als im wesentlichen bekannt voraussetzen. Nur der Aetiologie sei mit ein paar Worten gedacht: In den von Wernicke, Thomsen u. a. geschilderten Fällen lag meistens Alcoholismus chronicus zugrunde, doch ist auch einmal von Schwefelsäurevergiftung die Rede, während in dem Falle Gayet's Schreck beschuldigt wurde. — Dann zeigten neuere Beobachtungen, wie die von Pflüger, Uhthoff und mir, dass auch der Influenzakeim dieses oder doch ein recht verwandtes Leiden zu erzeugen vermag. Einmal wurde dasselbe auch im Puerperium beobachtet. Die Encephalitis Strümpell-Leichtenstern'scher Kategorie musste auf Infectionsträger zurückgeführt werden, so konnte sie in Beziehung zur Influenza, zur epidemischen Cerebrospinalmeningitis, zur Endocarditis ulcerosa gebracht werden, oder sie wurde als primäre Infectionskrankheit aufgefasst.

Wie nun aber schon der Umstand, dass ein und dasselbe Virus, je nach seinem Angriffsort bald die Wernicke'sche, bald die Strümpell-Leichtenstern'sche Encephalitis erzeugt, es zweifelhaft macht, ob die beiden Formen überhaupt principiell geschieden werden können, so sind nun auch einzelne Fälle beobachtet worden (Eisenlohr, Goldscheider), in denen eine Combination beider Zustände oder eine Mischform vorzuliegen scheint.

Es ist hier nicht der Ort, der grossen Schwierigkeiten zu gedenken, welche der Differenzirung der Encephalitis in anatomischer Hinsicht entgegenstehen und sich auch auf die Abgrenzung derselben von der Encephalomalacie erstrecken; ebenso wenig gehört die Betrachtung der diffusen Hirnentzündung, der Sklerose und anderer chronischen Formen hierher. Auch die Beziehungen der cerebralen Kinderlähmung zur Encephalitis möchte ich von

¹⁾ Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 25. Januar 1895.

meiner Besprechung ausschliessen, so schwer es auch ist, gerade nach dieser Richtung die passende Grenze zu finden.

Für den praktischen Arzt haben die Krankheitszustände, die ich zum Gegenstande meiner heutigen Mittheilung gewählt habe, ein ganz hervorragendes Interesse. Wir haben hier ein Hirnleiden vor uns, das nach der Acuität seiner Entwicklung und seines Verlaufs und dem bedrohlichen Charakter seiner Erscheinungen als eines der schwersten bezeichnet werden muss, und dennoch ist es nichts Ungewöhnliches, dass dasselbe sich zurückbildet und in vollkommene oder auch unvollständige Heilung ausgeht.

Ich werde nicht versäumen, durch Anführung der Litteratur den Nachweis zu bringen, dass auf die Heilbarkeit der Encephalitis bereits wiederholentlich hingewiesen ist. Naturgemäss sind aber in der ersten Zeit fast ausschliesslich die Fälle mit Sectionsbefund mitgetheilt worden, und es sind nur vereinzelte Beobachtungen, aus denen der günstige Verlauf erschlossen werden kann.

Dem gegenüber möchte ich dasjenige hier zusammenstellen, was ich aus der eigenen Erfahrung in Bezug auf die Prognose dieser Krankheit zu schöpfen vermag, und glaube, damit eine breitere Basis für die Beantwortung dieser Frage im allgemeinen zu gewinnen.

Es sind fünf Fälle mit günstigem Ausgang, in denen ich die Diagnose acute Encephalitis gestellt habe; bei einem derselben lassen sich diagnostische Bedenken nicht ganz zurückweisen. Daran reiht sich noch ein sechster von subacutem Verlauf, der ebenfalls mit fast vollkommener Genesung endigte. Gestatten Sie mir, über diese Fälle hier nur in aller Kürze zu berichten:

Fall 1. Der erste Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen, das, früher gesund, am 2. October 1889 mit Kopfschmerz erkrankte. Derselbe nahm in den nächsten acht Tagen an Heftigkeit zu und verband sich mit Fieber. Am zwölften Tage gesellte sich, ohne dass das Bewusstsein bis da getrübt war, Aphasie hinzu. Bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus, welche am 30. October erfolgte, wurde folgendes constatirt: Temperatur 38,4°. Benommenheit und Apathie, aber keine tiefere Bewusstseinsstörung. Ausgesprochene Aphasie, namentlich Paraphrasie aber auch leichte Worttaubheit. Keine weiteren Lähmungssymptome. Leichte Nackensteifigkeit. In der Folgezeit besteht die Aphasie fort, die Temperatursteigerung ist eine mässige, das Fieber erhebt sich nicht über 39°. Hinzukommt eine Neuritis optica zunächst auf dem linken, dann auch auf dem rechten Auge. Der Grad des Kopfschmerzes und der Nackensteifigkeit ist ein wechselnder. Im Laufe des November wechselt das Befinden, zuweilen besteht leichte Benommenheit, Patientin kann aber immer frei umhergehen. Anfang December macht sich bereits Besserung in Bezug auf die Sprache geltend, es kommen aber im Verlauf dieses Monats wie Anfangs Januar noch wiederholentlich Exacerbationen mit lebhafter Pulsbeschleunigung und Fieber bis 39,4° vor. Mitte Januar kann man schon von fortschreitender Besserung sprechen. Auch die Neuritis optica hat sich zurückgebildet. Ende des Monats kann Patientin entlassen werden. Zuletzt wiedergesehen habe ich sie im Beginn vorigen Jahres im Zustande blühender Gesundheit. Die Heilung ist also eine vollständige und definitive gewesen.

Ich will die diagnostischen Erwägungen gleich hier anschliessen, weil ich dann Wiederholungen vermeiden kann.

Dass man bei dem jugendlichen Individuum mit gesundem Herz- und Gefässapparat eine Blutung und Erweichung ausschliessen konnte, liegt auf der Hand. Dazu kommt die protrahierte Entwicklung der Erscheinungen, das Auftauchen der Neuritis optica und der fieberhafte Verlauf.

In Frage konnte wohl nur eine Meningitis oder eine Encephalitis kommen, und ich will gestehen, dass ich anfangs, zumal der Lungenbefund ein nicht ganz unverdächtig war, an Meningitis tuberculosa dachte. Aber ganz abgesehen von dem Ausgang in Heilung, der ja nach der Beobachtung Fürbringer-Freyhau's auch bei dieser Krankheit kein unerhörter ist, möchte ich gegen die Annahme einer tuberculösen und jeder anderen Meningitis das Verhalten des Sensoriums, das Fehlen der motorischen Reiz- und Lähmungserscheinungen und vor allem die frühzeitige Entwicklung des Hirnherdsymptomes, der Aphasie, betonen, die vom Anfang bis zum Ende im Vordergrund der Erscheinungen steht. Da auch eine lokale Meningo-encephalitis tuberculosa eine andere Entwicklung zeigt und einen anderen Verlauf nimmt, und auch die Quinke'sche Meningitis serosa sich durch andere Erscheinungen manifestirt, bleibt nach meinem Dafürhalten nur die eine Möglichkeit, eine Encephalitis acuta in der Gegend des Sprachencentrums zu diagnosticiren.

Fall 2. Das zehnjährige, etwas zarte, aber bis da gesunde Mädchen, dessen Vater sich in einer Irrenanstalt befindet, klagt Ende Juni 1893 wiederholentlich über Kopfschmerz. Am 29. Juni ist sie im Begriff, zur Schule zu gehen, als sie ein Schwindelgefühl befällt. Als sie ins Haus zurückkehrt, hat sie die Sprache verloren, giebt aber durch Gesticulationen zu erkennen, dass ihr Bewusstsein nicht ganz erloschen ist. Indess währt die Benommenheit bis zum Abend und hält in den folgenden Tagen an. Dr. A. Marcuse, mit dem ich den Fall beobachtete, constatirt ziemlich hohes Fieber, verordnet Eisblase auf den Kopf. Ich selbst sah die Patientin am 1. Juli, also am dritten Tage der Erkrankung und fand: leichte Be-

nonnenheit, vollkommene Aphasie, beginnende Neuritis optica links und geringe Nackensteifigkeit. Keine anderweitigen Reiz- oder Lähmungserscheinungen. Auch ergab die Untersuchung der inneren Organe nichts Pathologisches. Ich stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Encephalitis acuta und ermittelte nachträglich, dass wahrscheinlich Influenza vorausgegangen war. Um uns jedoch nach jeder Richtung zu sichern, verordneten wir eine Inunctionscur. Die Besserung machte sich schon in den ersten Wochen geltend, doch blieb die Aphasie noch lange bestehen. Nach etwa drei Monaten war das Kind völlig genesen. Ich habe es vor einigen Monaten wiedergesehen und mich überzeugt, dass die Heilung eine vollständige gewesen und geblieben ist.

Fall 3. Die dritte Beobachtung bezieht sich auf eine bis dahin gesunde junge Frau, die Ende November 1891 an Influenza erkrankte. Vom 8. bis 12. December fühlt sie sich unwohl, klagt über Kopfschmerz, Unklarheit der Gedanken, wurde im Verlauf weniger Tage benommen und verwirrt, die Temperatur hob sich Abends bis auf 39,0°, am 15. früh — nachdem sie also schon einige Tage gefiebert hatte — stellten sich Convulsionen in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arm ein, im Verlauf derselben verlor sie die Besinnung; als sie wieder zu sich kam, bestand Aphasie und Monoplegia facio-brachialis dextra. Die Temperatur ging in den folgenden Tagen nicht über 38,5° hinaus und war von da ab eine normale. Die Besserung begann in der vierten Woche und war eine stetige, es vergingen aber 6 bis 8 Monate, ehe die Heilung als eine ganz vollendete bezeichnet werden konnte.

Die nun folgenden Beobachtungen unterscheiden sich von den bisher mitgetheilten dadurch, dass es sich um Krankheitsherde in der Brücke bzw. Vierhügelgegend und um einen fieberlosen Verlauf handelt.

Fall 4. Ein zwölfjähriges Mädchen erkrankt in der zweiten Woche des April 1893 mit Schmerzen und Lähmung der linken Gesichtshälfte, dabei geringer Kopfschmerz, kein Fieber. Bald darauf stellten sich Bewegungs- und Gefühlsstörungen in den Extremitäten, insbesondere eine Hemiparesis dextra ein, auch wurde die Sprache nasehlnd und der Gang unsicher. Als ich die Patientin, welche mir durch Herrn Dr. Kaehler in Charlottenburg überwiesen wurde, am 8. Mai vorigen Jahres untersuchte, fand ich folgendes: Mässige Benommenheit und Apathie, kein Fieber. Degenerative Lähmung des linken Facialis mit partieller Entartungsreaction, Parese des Gaumensegels mit erloschener Reflexerregbarkeit, Hemiparesis dextra, also alternirende Lähmung des linken Facialis und der rechten Extremitäten, Dysarthrie, starke Ataxie beider Arme, besonders aber des linken, erhebliche Gefühlsstörung in denselben, taumelnder Gang, erhöhte Sehnenphänomene, Harnbeschwerden. Es war nicht schwierig, bei diesem Befunde eine Ponsaffection und nach Ausschluss der Blutung, Erweichung und Lues cerebri eine Encephalitis acuta zu diagnosticiren. In den ersten Wochen verschlechterte sich der Zustand, so dass ich die Aufnahme ins Krankenhaus dringend empfahl; Patientin wurde neun Wochen in der Charité behandelt. Als sie aus derselben entlassen wurde, war sie nach Angabe des Vaters zwar gebessert, aber die Lähmung war doch noch so ausgebildet, dass sie nicht allein stehen und gehen konnte. Von nun ab war die Besserung eine stetig fortschreitende. Ich hatte Gelegenheit, die Patientin am 5. September vorigen Jahres wiederzusehen und mich zu überzeugen, dass alle die früheren schweren Krankheitserscheinungen vollständig zurückgegangen waren.

Fall 5. Sehr ähnlich diesem ist der folgende Fall, in welchem jedoch die Diagnose nicht ganz unanfechtbar ist. Der 21jährige Drogist A. R. ist am 2. Mai vorigen Jahres aus guter Gesundheit mit Kopfschmerz erkrankt, im Laufe des Tages schläft er bei der Arbeit auf einem Stuhle sitzend ein, erwacht von selbst wieder und klagt über Taubheitsgefühl in der linken Körperhälfte sowie über Flimmern vor dem linken Auge. Er arbeitete trotzdem noch zwei Tage, dann steigerten sich die Beschwerden bis zu dem Grade, dass er nicht mehr allein zu gehen imstande war. Am 8. Mai consultirte er hier in Berlin einen Augenarzt, der ihm eine Quecksilbercur und Jodkalium verordnete. Unter dieser Behandlung wurde der Zustand von Tag zu Tage schlechter, auch Erbrechen kam hinzu. Fieber wurde nicht beobachtet. Am 18. Mai wurde mir Patient durch Dr. Klein in Belzig, seinem Heimathsorte, zur Behandlung überwiesen; ich habe ihn zuerst im Sanatorium des Dr. A. Oppenheim, dann im Augusta-Hospital — dank der gütigen Erlaubniss des Herrn Professor Ewald — beobachten können. Die erste Untersuchung stellte folgendes fest: Mässige Benommenheit, Amaurose des linken Auges mit fast aufgehobener Pupillenreaction, Amblyopie des rechten Auges. Dabei schien eine Hemianopsia sinistra auf diesem zu bestehen, was jedoch nicht sicherzustellen war. Parese beider Faciales, besonders der Mundmuskeln, Lähmung des Gaumensegels und eine entsprechende Dysarthrie, Hemiparesis sinistra, ausserdem Ataxie in allen vier Extremitäten, besonders in den Beinen, hier erreicht sie den denkbar höchsten Grad. Sehnenphänomene stark gesteigert. Erhebliche Störung der Empfindung, namentlich des Lagegefühls, in den Armen und Beinen. Kein Fieber. Ausser einer mässigen Benommenheit und geistigen Schwerfälligkeit keine allgemeinen Cerebralerkrankungen. Meine Diagnose schwankte zwischen Tumor cerebri bzw. Lues cerebri und Encephalitis. Für Lues fehlte jeder Anhaltspunkt, gegen Tumor sprach die acute Entwicklung und das Fehlen der Hirndrucksymptome, so dass ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Encephalitis acuta stellte und Heilung nicht für ausgeschlossen hielt. Ich verordnete zunächst Blutentziehung und Calomel in abführenden Dosen. Die Sehstörung schien sich zu verringern, im übrigen blieb das Befinden unverändert. Am 2. Juni wurde Patient ins Augusta-Hospital transferirt. Dort besserte sich der Zustand unter dem Gebrauch von Jodkalium im Verlauf von zwei Monaten gradatim. Bei der Entlassung ist sein Sehvermögen ein fast normales. Die Lähmungssymptome und die Incoordination sind bis auf eine leichte Parese des rechten Beins zurückgegangen; indess ist

nach dem letzten Bericht des Hausarztes die Heilung noch nicht als eine vollständige zu bezeichnen, und eine weitere Mittheilung, die mir vor einigen Tagen zugegangen ist, berichtet von einem Rückfall. Sie bezeugen, dass ich diesen Fall als einen unsicheren betrachte.

Fall 6. Im letzten Fall meiner Beobachtung handelt es sich um jenen Symptomencomplex, auf welchen man die Bezeichnung Polioencephalomyelitis anwendet, in der Voraussetzung, dass den Erscheinungen eine Entzündung der motorischen Nervenkerne am Boden des Aqueductus Sylvii, in der Medulla oblongata und in den Vorderhörnern des Rückenmarks zu Grunde liegt. Ich will mich hier darauf beschränken, anzuführen, dass die Erkrankung, die im Jahre 1889 mit Ophthalmoplegie einsetzte, bei dem 27jährigen Menschen einen subacuten Verlauf nahm, während die Reconvaleszenz sich über Jahre erstreckte. Gegenwärtig — ich habe den Patienten zuletzt am 28. August 1894 gesehen — ist von den schweren Erscheinungen nichts übrig geblieben als eine Parese einzelner Zweige des Oculomotorius dexter.

Die kritische Betrachtung meiner Beobachtungen führt zunächst noch einmal zu der Erörterung, ob in allen die Berechtigung vorgelegen hat, die Diagnose Encephalitis zu stellen. Wir sind ja gewohnt, da, wo wir ein schweres Hirnleiden in Genesung ausgehen sehen, eine syphilitische Grundlage zu vermuthen. Die Annahme, dass Lues im Spiele sei, hat sich auch mir in einem Theil der Fälle aufgedrängt. Indess hat die sorgfältigste Exploration und Untersuchung sowie die Erwägung aller in Frage kommenden Momente mich zu der Ueberzeugung geführt, dass in den mitgetheilten Fällen (vielleicht mit Ausschluss von einem) eine Beziehung des Leidens zur Syphilis auszuschliessen ist. In den drei von unseren Beobachtungen, in denen die Erkrankung einen acuten fieberhaften Verlauf nahm, wird man das gewiss ohne weiteres zugeben; in den beiden Fällen von Ponsaffection handelt es sich zunächst um sehr junge Individuen, ein Mädchen von zwölf und einen jungen Menschen von 21 Jahren; bei beiden war keinerlei Anhaltspunkt für erworbene oder ererbte Syphilis zu finden. Auch steht es fest, dass bei dem jungen Mann unter dem Einfluss einer Mercurialeur zunächst eine Verschlechterung eintrat. Ich will aber nicht verschweigen, dass der Hausarzt desselben den Verdacht der Syphilis nicht unterdrücken kann, obgleich er ihn niemals an einer venerischen Affection behandelt hat. Auch im Hinblick auf den Rückfall muss ich diese Beobachtung als eine von zweifelhaftem Werth betrachten.

Um nun die Bedeutung der von mir mitgetheilten Fälle in das rechte Licht zu setzen, habe ich noch zu erwähnen, dass ich nur einmal Gelegenheit gehabt habe, einen Fall von Encephalitis acuta non purulenta auf dem Obductionstisch zu sehen, in einem anderen war es nicht bestimmt zu sagen, ob Encephalitis oder Encephalomalacie vorlag. So muss ich denn, wenn ich mich auf die eigene Erfahrung stütze, die acute, nicht eitrige Encephalitis für eine Erkrankung von nicht ungünstiger Prognose halten, bei der die Chancen eines gutartigen Verlaufs nicht unbedeutende sind.

Aber schon die Erwägung, dass bei einer geringen Zahl von Beobachtungen der Zufall eine Rolle spielen kann, zwingt uns, die Litteratur zu Rathe zu ziehen. Da finden wir zunächst schon in der älteren Casuistik der postinfectiösen Erkrankungen des Nervensystems eine nicht so geringe Anzahl von Fällen, in denen die Hemiplegie, Monoplegie, Aphasie etc. nach kürzerem oder längerem Bestande sich völlig zurückbildete. Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass in einem Theil derselben die acute Encephalitis eine Rolle gespielt hat, eine Vermuthung, die auch schon von anderen ausgesprochen ist. Besonders haben uns die Influenzaepidemien mit Hirnaffectionen gutartiger Natur — ich erinnere an die Beobachtungen von Leichtenstern, Leyden, Müller u. a. —, die wohl auch zum Theil hierher gehören, bekannt gemacht. Ebenso ist es, wie schon Leyden hervorgehoben hat, anzunehmen, dass der acuten Ataxie, die ja nicht selten geheilt wird, eine Encephalitis resp. eine disseminirte Encephalomyelitis zu Grunde liegt.

Dass die Polioencephalitis superior hämorrhagica Wernicke's einen günstigen Verlauf nehmen kann, wurde durch die Beobachtungen von Thomsen, Boedeker, Salomonsohn und Wolfe erwiesen — und die Zahl derselben würde eine weit grössere sein, wenn man alle Fälle geheilter nucleärer Ophthalmoplegie hierher rechnen dürfte, was natürlich nicht erlaubt ist. Besonders hat aber die durch Influenza hervorgerufene Polioencephalitis superior und inferior mehrfach den Ausgang in völlige Genesung genommen. Wahrscheinlich gilt das schon für einen von Gayet im Jahre 1876 mitgetheilten Fall, einen anderen dieser Art ohne sichere Aetiology hat Etter im Jahre 1882 geschildert. — Was die Polioencephalomyelitis subacuta anlangt, so verdanken wir Goldflam sowie Guinon und Parmentier die Schilderung eines geheilten resp. wesentlich gebesserten Falles, doch irren die letzterwähnten Autoren, wenn sie sagen, dass mit dem Eintritt der Bulbärsymptome bei dieser Krankheit das Leben des Patienten besiegelt sei; der heute von mir angeführte Fall beweist das Gegentheil.

So hat uns denn auch diese flüchtige Revision der einschlägigen Litteratur gezeigt, dass die acute, nicht eitrige Encephalitis eine heilbare Krankheit ist. Während es sich hier aber um verstreute und bisher wohl nicht genügend gewürdigte Beobachtungen handelt, habe ich aus meiner eigenen Erfahrung die Thatsachen zusammengestellt, welche lehren, dass die Encephalitis acuta non purulenta eine verhältnissmässig häufig in vollkommene Genesung ausgehende Krankheit ist.

Es erwächst uns noch eine Schwierigkeit aus dem Umstande, dass es eine unter dem Bilde der Polioencephalomyelitis verlaufende Erkrankung ohne anatomisches Substrat giebt —, ich habe selbst wohl den ersten genau beobachteten und ebenso untersuchten Fall dieser Art beschrieben, da es immerhin zweifelhaft ist, ob die von Erb nur klinisch beobachteten hierher gehören und der von Wilks geschilderte zu fragmentarisch behandelt ist. Jolly hat jüngst den Versuch gemacht, dieses Leiden als *Myasthenia gravis pseudoparalytica* zu kennzeichnen, meine Bedenken gegen diese Auffassung werde ich an anderer Stelle vorbringen. Es ist diese Affection freilich durch eine Reihe von Kriterien, vor allem durch den Mangel der Atrophie gekennzeichnet; indess dürfte es in manchen Fällen recht schwierig sein, sie von einer ächten Polioencephalomyelitis zu unterscheiden, wenigstens möchte ich hiermit betont haben, dass ich die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose nicht verkenne. Ein weiteres Moment, das noch der Klärung bedarf, ist die Beziehung der geschilderten Encephalitisformen zur disseminirten Myelitis und Encephalomyelitis, wie sie Westphal beschrieben hat, und zur multiplen Sklerose. Sicher können im Verlauf der multiplen Sklerose Attaquen auftreten, die nach Entwicklung und Verlauf der Lähmungssymptome dem Bilde einer acuten Encephalitis entsprechen, auch kann der Ausgleich ein vollkommener sein. Die Thatsache bedarf der Berücksichtigung. Sie mahnt uns zur Vorsicht in der Vorhersage besonders in jenen Fällen, in denen nach Ablauf des acuten Anfalls Erscheinungen zurückbleiben, die sich dem Symptomenbilde der Herdsklerose einreihen lassen.

Endlich erübrigt es noch, die Kriterien aufzusuchen, welche im Einzelfalle bestimmend für die Prognose sind. Solche von absolut sicherem Werth giebt es freilich nicht. Immerhin scheint die uns zu Gebote stehende Erfahrung einige Anhaltspunkte zu gewähren:

Stürmischer Verlauf, schnelles Eintreten von Coma und hohe Temperaturen von 40° und darüber, mögen sie früh oder erst im Verlauf des Leidens auftreten, sind Zeichen von eruster Vorbedeutung, die den tödtlichen Ausgang wahrscheinlich machen. Dieser kann jedoch, wie ein Leichtenstern'scher Fall gezeigt hat, auch bei fieberlosem Verlauf erfolgen. Selbst bei peracutem Verlauf kann die Temperatursteigerung fehlen. Geringe Trübung des Bewusstseins oder baldige Aufhellung desselben, frühzeitiges Ueberwiegen der Herdsymptome, protrahirte Entwicklung des Leidens oder schnell eintretende Besserung nach acutem Einsetzen desselben, unwesentliche Steigerung der Eigenwärme, das sind die Zeichen von günstiger Vorbedeutung bei der Strümpell-Leichtenstern'schen Form; doch ist der Tod auch in einem Falle noch nach 22tägiger Dauer erfolgt. Bei dieser Form ist auch der Befund der Neuritis optica nicht geeignet, die Prognose zu einer ungünstigen zu gestalten, wie meine Beobachtungen lehren. Die Wernicke'sche Polioencephalitis scheint das Leben besonders dann zu gefährden, wenn sie sich auf dem Boden des Alcoholismus chronicus entwickelt; doch bildet da die deletäre Gesamtwirkung des Alcoholismus auf Herz, Gefässe, Nieren und andere Organe zweifellos ein die Prognose wesentlich bestimmendes Moment. In der Mehrzahl der letal verlaufenden Fälle dieser Art war nicht allein kein Fieber vorhanden, sondern es wurden sogar subnormale Temperaturen beobachtet. Neuritis optica mit Netzhautblutungen wurde hier gerade in den tödtlich endigenden Fällen mehrfach constatirt. Liegt der Polioencephalitis superior et inferior Influenza zu Grunde, so ist eher auf Heilung zu rechnen als bei alkoholistischer Grundlage. Eine schleppende Entwicklung, ein subacuter Verlauf lässt auch hier Heilung eher erwarten, als ein acuter und peracuter.

Treten bei einem jugendlichen Individuum die Erscheinungen einer Encephalitis pontis oder Myelitis bulbi auf, so ist die Prognose zwar eine zweifelhafte, der Eintritt der Genesung hat aber ungefähr ebensoviel Wahrscheinlichkeit als der des Exitus letalis, — insbesondere wird die Prognose nicht dadurch getrübt, dass die Erscheinungen auf eine Betheiligung der weissen Substanz hinweisen.

Bei der ungünstigen Prognose, welche die Mehrzahl der Hirnkrankheiten bietet, ist es gewiss etwas Tröstliches, in der Encephalitis acuta ein Leiden zu kennen, das trotz der bedrohlichen Symptome, die es mit sich herauführt, einer völligen Rückbildung fähig ist. (Eine ausführlichere Bearbeitung des Gegenstandes wird in der Zeitschrift für Nervenheilkunde erscheinen.)