zuzählten. Die Einweisung des Falles verdankten wir der Güte des Herrn Dr. Laquer.

Wenn auch die wichtigste Brücke, die uns den mannichfaltigsten Symptomencomplex dieser Erkrankung dem Verständniss näher führt, nämlich der anatomische Befund, fehlt, so sind die klinischen Beobachtungen doch nicht so zahlreich, dass ein kleiner Beitrag gerechtfertigt erscheint.

Th. V., 35 Jahre alter Tagelöhner, ledig, stammte aus einer Familie, in der viele Nervenkrankheiten vorgekommen sind: Von neun Geschwistern der Mutter sind acht an Nervenerkrankungen gestorben, Eltern und Geschwister gesund, eine Schwester von Geburt an blind. 1874 stürzte Patient 54' hoch von einem Neubau herunter und zog sich damals eine Quetschung der Wirbelsäule zu. Erst April 1875 konnte er wieder nothdürftig an einem Stock gehen, verspürte dabei noch vielfach Schmerzen im Rücken. 1876 „Lähmung“, d. h. Schwäche und verminderte Gebrauchsfähigkeit im rechten Arm, verbunden mit rheumatischen Schmerzen. Das Gefühl soll normal gewesen sein. Diese Beschwerden bestanden in den folgenden Jahren mehr oder weniger fort und zwangen Patienten oft, die Arbeit auszusetzen. 1887 Lungenentzündung. In demselben Jahre begann eine eigenthümliche Erkrankung der Finger, und zwar zunächst an der rechten Hand. Die Finger schwellen stark an, nahmen eine bläurothe Farbe an und verursachten in der Tiefe Schmerz. Ob der Schmerz sehr heftig war, scheint zweifelhaft; denn Patient wartete zehn Wochen, bis er zum Arzte ging. Bei Einschnitt in den am meisten geschwellenen Finger habe sich von dem vermutheten Eiter nichts gezeigt, doch hätten sich später Knochentheilchen abgestossen. Von October 1887 bis Januar 1890 war Patient wegen solcher, immer rechtsseitiger Fingererkrankungen wiederholt in Hospitalbehandlung. Die Erkrankung begann fast immer mit etwas schmerzhafter Anschwellung des betreffenden Fingers und Bildung eines kleinen, gelbliche Flüssigkeit enthaltenden Bläschens auf dem Endglied. Der Verlauf dieser Panaritienbildungen war so hartnäckig, dass man sich an einem Finger zur Amputation des Endgliedes, an einem anderen zur Amputation des ganzen Fingers entschliessen musste. Die übrigen Finger nahmen leichte Beugecontractur an und zeigten geringe Verdickung der Epiphysen.

Anfang 1890 fielen dem Patienten selbst Sensibilitätsstörungen auf. Er verlor theilweise das Gefühl an der rechten Hand, weniger am Vorderarm, besonders bestand Unempfindlichkeit gegen Kälte. In der Tiefe der Vorderarmmuskulatur trat öfters ein prickelnder Schmerz auf.

Ende Juli 1890 traten krankhafte Erscheinungen in der linken oberen Extremität auf, und zwar war auch hier wie rechts Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Finger das erste Symptom, allmählich nahmen die Finger eine Beugestellung an; zu geschwürigen Processen kam es nicht. Winter 1890/91 brachte der Kranke deshalb in einem Hospital zu. Zu bemerken ist, dass hier zum ersten male Romberg'sches Symptom constatirt wurde. Im Sommer 1891 konnte Patient leidlich der Tagelöhnerarbeit nachgehen. Den Winter 1891/92 befand er sich wieder im Hospital. Hier litt er viel an Kopfweh und Schwindel, er wusste oft gar nicht recht, wo er war, war für jüngst Vergangenes vergesslich und litt an Schlaflosigkeit.

Im Frühjahr 1892, als er kaum Arbeit in der Gärtnerei aufgenommen hatte, stürzte er plötzlich bewusstlos zusammen, kam aber nach kurzer Zeit wieder zu sich und konnte davongehen.

Schon seit zwei Jahren hatte er leichte Beschwerden bei Harn- und Kothentleerung: weder Wasser noch Stuhl konnte er lange anhalten.

Patient war kein Trinker. Im Jahre 1880 scheint er ein Ulcus molle gehabt zu haben, sonstige Infection wird geleugnet. Er will seit den letzten Jahren jeden Geschlechtstrieb verloren haben; Erectionen und Ejaculationen seien sehr selten.

Die Beschwerden, die ihn im April 1892 in das Hospital führten, bestanden in Zittern im ganzen Körper, so dass er sich kaum fortbewegen konnte, grossem Schwächegefühl und in leichten Ohnachtsanwandlungen.

Bei der Aufnahme war wenig aus dem Kranken herauszubekommen, da er sehr mürrisch war, kaum Antwort gab und über seinen Zustand sehr deprimirt war. Die Arme zitterten mässig, nach wenigen Stunden trat Beruhigung ein. Es war ein kräftiger, gut genährter Patient. Untere Brust- und obere Lendenwirbelsäule leicht kyphotisch (angeblich seit dem Fall), nicht druckempfindlich. Vegetative Organe ohne Besonderheit. Die Sprache hatte einen zischenden Charakter. Pupillenreaction und Gesicht normal; auch die später vorgenommene Augenspiegeluntersuchung ergab nichts abnormes. Auffallend war schon bei der Aufnahme, dass die rechte Stirnhälfte mit Schweiss bedeckt war.

Von besonderem Interesse war das Ergebniss der Sensibilitätsprüfung. Der Tastsinn der linken unteren Extremität war normal, dagegen an den Zehen rechts wesentlich herabgesetzt. An den oberen Extremitäten fand sich wesentliche Minderung desselben in den Fingern und in der Hand rechterseits, sehr geringe linkerseits. Der Tastsinn an Brust und Rumpf war nicht gestört, dagegen die rechte Gesichtshälfte viel weniger berührungsempfindlich als die linke. Den Störungen des Tastsinnes entsprachen diejenigen des Localisationsvermögens.

Der Drucksinn war am rechten Unterschenkel wesentlich beeinträchtigt, weniger am Oberschenkel, links dagegen normal. An den oberen Extremitäten links normales Verhalten, rechts eine peripherwärts zunehmende Herabsetzung.

Temperaturunterschiede wurden an der rechten unteren Extremität viel schlechter empfunden als links, wo die Norm anscheinend auch nicht erreicht wurde. An den Händen beiderseits Herabsetzung der Temperaturempfindung, rechts mehr als links; besser wurde an den Vorderarmen, noch besser an den Oberarmen unterschieden. Die Störung erstreckte sich auf Kälte- und Wärmeempfindung.

IV. Aus der medicinischen Abtheilung des Hospitals zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.

Ein Fall von Morvan'scher Krankheit, beziehungsweise Syringomyelie.

Von Dr. Carl Müller, früherem Assistenzarzt des Hospitals.

Auf Veranlassung meines hochverehrten früheren Chefs, Herrn Dr. Cnyrim, sei es mir gestattet, die Krankengeschichte des Falles einer Nervenerkrankung mitzutheilen, die wir wegen des besonderen Hervortretens von sensiblen und trophischen Störungen der sogenannten Morvan'schen Krankheit beziehungsweise der Syringomyelie

Die Schmerzempfindung war ebenfalls wesentlich beschränkt, und zwar nahm auch hier der Defect in der Richtung von der Peripherie zum Centrum ab; ferner sahen wir Störungen der Schmerzempfindung an Stellen, wo die übrigen Sensibilitätsqualitäten nur gering oder gar nicht gestört waren, so am linken Unterschenkel und vor allem an Brust, Rücken und etwas weniger am Bauch, wo überall die Schmerzempfindung sehr gering war. Wie hochgradig die Analgesie war, geht daraus hervor, dass am rechten Arm, wo die Störung am bedeutendsten war, der stärkste primäre Strom eines Inductionsapparates als leichter Kitzel empfunden wurde.

Kurz zusammengefasst, erstreckte sich also die Sensibilitätsstörung auf sämtliche Qualitäten; jedoch war die Intensität der Störung für die verschiedenen Qualitäten verschieden, am meisten getroffen war die Schmerzempfindung und der Temperatursinn; die rechte Körperhälfte war mehr ergriffen als die linke, und es nahm die Sensibilitätslähmung in der Richtung nach der Körperperipherie zu.

Die Einzelbewegungen hatten an keiner Extremität wesentlich gelitten. Wie oben schon erwähnt, nahmen die Finger leichte Flexionsstellung ein, und war deshalb die Beweglichkeit dort eine beschränkte. Uebrigens waren die Epiphysen der Phalangealknochen etwas verdickt. Die Muskulatur des Daumenballens und die Musculi interossei wiesen allerdings einen leichten Grad von Atrophie auf, die wohl als secundär aufzufassen ist. Entartungsreaction fehlte.

Die Hautreflexe zeigten kein einheitliches Verhalten. Während Fusssohlenreflex beiderseits fehlte, war der Kremasterreflex rechts schwach und der Bauchreflex beiderseits sehr stark. Die Sehnenreflexe fehlten sämtlich. Wie erwähnt, war das Romberg'sche Symptom sehr ausgesprochen; bei Schliessung der Augen fiel Patient sofort um. Der Gang bei offenen Augen war ziemlich normal, nur stützte Patient sich etwas mehr auf das linke Bein.

Die bei der Aufnahme gefundene Eigenthümlichkeit des halbseitigen Schwitzens wurde experimentell durch Pilocarpininjection nochmals in auffallender Weise constatirt. Die ganze rechte Körperhälfte begann viel früher zu schwitzen und zeigte bedeutend reichlichere Secretion. Ferner war die Geschmacksempfindung rechts wesentlich vermindert; besonders aber fiel uns eine starke Beeinträchtigung der Geruchsempfindung rechterseits auf. Während des zweimonatlichen Spitalaufenthaltes wurde noch ein ganz eigenthümliches Verhalten der Psyche beobachtet. In regelmässigen Zwischenräumen von acht bis zehn Tagen trat eine zwei- bis dreitägige Periode auf, in der der Kranke mürrisch war, fast nichts ass, schlecht schlief, auf Fragen kaum Antwort gab und subjectiv über Schwindel und Kopfweh klagte; er sei wie chloroformirt, gab er einmal an. Nach Verlauf dieser schlimmen Tage, deren Kommen er immer schon voraussagte, war der sonst intelligente Patient wieder heiter.

Unter Gebrauch von Bromkalium zur Zeit der schlimmen Tage besserten sich die subjectiven Beschwerden, welche den Patienten in das Hospital geführt hatten; er vermochte wieder ziemlich gut zu gehen, so dass er auf sein Verlangen entlassen wurde. Der objective Befund war natürlich unverändert.

Wenn auch auf eine genauere Analysirung dieses Falles in Bezug auf den wahrscheinlichen Sitz der Erkrankung hier verzichtet werden soll, zumal die in diesen Dingen noch so wichtige Controlle durch den anatomischen Befund fehlt, so mag doch noch einmal kurz zusammengefasst werden: Unser Fall stellt eine chronische Erkrankung des centralen Nervensystems dar, wobei die spinalen Erscheinungen den Symptomencomplex der Morvan'schen Krankheit (Anästhesie, Panaritienbildung, Hyperidrosis) umfassten oder vielleicht mehr noch die für Syringomyelie als charakteristisch angegebenen Kennzeichen (traumatische Entstehung, Kyphose, partielle Empfindungslähmung, besonders für Schmerz- und Temperatureindrücke, Romberg'sches Symptom) aufwiesen. Beides lässt sich ja gut vereinigen, wenn man annimmt, dass beiden Erkrankungen die gleiche anatomische Veränderung, Gliomatose der grauen Substanz, zukommt und die Symptome eben je nach dem zufälligen Sitz verschieden sind. Auffallend aber war in unserem Falle der Umstand, dass dabei die Motilität so gut wie gar nicht gestört und die Amyotrophie nur eine sehr geringe war, die Erkrankung musste also auf die Hinterhörner ziemlich beschränkt sein, vielleicht auf die Hinterstränge etwas übergreifen haben (geringe Tastsinns-lähmung, tabische Symptome). Ganz besonders aber blieb dunkel, wie das cerebrale Symptom der Geruchsstörung und das merkwürdige Verhalten der Psyche zu erklären seien.

Schliesslich sei es mir gestattet, den Herren Dr. Cnyrim und Dr. Laquer für die Ueberlassung des Falles meinen Dank auszusprechen.