

an den oberen Extremitäten ganz zurück und hinterliess an den unteren rechts eine vollständige Paralyse der Quadriceps, links nur eine Parese. Die Kniegelenke waren in Flexionscontractur. Trotz aller Behandlungsmethoden sank der Kranke durch zunehmende Beugung der Hüften und Kniegelenke immer mehr in sich zusammen, wurde dadurch immer kleiner und in seinen Bewegungen immer unbeholfener. Als Redner den Kranken zuerst sah, waren beide Beine im Kniegelenke gebeugt, beide Füße standen in hochgradiger Valguslage. Auf den gebeugten Beinen ruhte der stark vornübergebeugte Rumpf mit dem etwas nach rückwärts geworfenen Kopfe. Diese Zickzackhaltung war aber nur dann überhaupt möglich, wenn Pat. sich entweder mit beiden Händen an einem Stocke hielt oder seine Hände gegen die vordere Fläche seiner Scheukel stützte. Das Gehen war unmöglich. Bei dem Versuche den Oberkörper etwas aufzurichten, knickte der Kranke in seinen Kniegelenken wie eine todte Masse zusammen. Bekanntlich entsteht nach Insufficienz des Quadriceps gewöhnlich ein Genu recurvatum, in diesem Falle ist aber die entgegengesetzte Deformation der Kniegelenke, eine Beugecontractur entstanden. Lorenz ist der Ansicht, dass das Genu recurvatum paralyticum nur nach Paresen des Quadriceps entstehen kann, weil schon eine gewisse Muskelwirkung dazu gehört, um das Bein in jener vollgestreckten Lage aufzusetzen, welche nothwendig ist, um das Körpergewicht sicher aufzunehmen. Da das Genu recurvatum eine ganz aufrechte Körperhaltung ermöglicht, während die Beugecontractur nach Paralyse des Quadriceps nur eine kauernde Haltung ermöglicht, so erzeugte Lorenz in dem genannten Falle in der Narkose links durch blosse Dehnung der Weichtheile, rechts durch Osteoclaste oberhalb der Condylen des Oberschenkels ein künstliches Genu recurvatum. Nach 3 Wochen konnte Pat. in aufrechter Stellung mit stark lordotischen Lenden stehen und mit steifen Beinen aufrecht gehen; mit Hilfe eines geeigneten Stützapparates konnte später der Pat. sogar ohne Stock gehen und stehen.

Nach Lorenz können die meisten paralytischen Deformationen durch die mechanische Theorie nicht erklärt werden. Nur die Ueberstreckcontractur des Kniegelenkes nach Quadricepsinsufficienz, das Genu recurvatum paralyticum, bildete bisher eine Hauptstütze für die Belastungstheorie, denn in diesem Falle liegen die intacten Muskeln an der Convexität der Verkümmung, welche demnach unmöglich durch den Zug dieser Muskeln bedingt sein kann; während das Genu recurvatum paralyticum nur bei Paresen des Quadriceps zur Entwicklung kommt, muss, wie Redner auseinandersetzt, die vollständige Paralyse dieses Muskels nothwendigerweise eine Flexionscontractur zur Folge haben. Diese Thatsache beweist, dass die paralytischen Contracturen stets primär durch Störung des Muskelantagonismus bedingt seien.

M.

IX. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung am 30. November 1888.

Vorsitzender: Herr Fuchs; Schriftführer: Herr Salzer.

1. Herr Nothnagel stellt einen 29jährigen Drechslergehülfen vor, der im Laufe dieses Sommers, während er in einer Gold- und Silberwerkstätte arbeitete und daselbst den Dämpfen ausgesetzt war, an Husten erkrankte, zu welchem sich im August Nebelsehen, im September Doppeltsehen, Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte und im Munde, Schwindel, Sprachstörung und Sausen im rechten Ohre hinzugesellten. Die Erscheinungen, welche der Kranke gegenwärtig darbietet, betreffen die meisten Gehirnnerven, der Olfactorius ist intact, das Sehvermögen ist gestört. Chorioiditis. Die Lider sind etwas gesenkt, können aber bewegt werden, Myosis, Reaction der Pupillen träge, die Bewegung des Bulbus stark eingeschränkt, Abducens und Rectus internus sind auf beiden Seiten gelähmt, Parese der Recti superiores et inferiores beiderseits, die Portio minor trigemini ist linkerseits gelähmt, ebenso besteht eine vollständige linksseitige Facialislähmung; der Acusticus ist intact, jedoch besteht beiderseits eine Otitis media suppurativa chronica mit Perforation des Trommelfells. Schlingbeschwerden. Puls 100—120. Rechts besteht eine Affection der Portio major des Trigemini und Hypaesthesia. Das rechte Bein wird schwerer gehoben, als das linke. Die Sensibilität ist rechts etwas vermindert, die Patellarreflexe sind beiderseits stark gesteigert. Der Gang ist unsicher, ähnlich dem bei Tabes, auch sind Spuren des Romberg'schen Phänomens nachweisbar, Andeutung von Entartungsreaction im Bereiche des linken Facialis.

Es besteht demnach das Bild einer Ophthalmoplegia externa, und es fragt sich, ob dieselbe durch eine Nuclearerkrankung bedingt ist, und ob auch die Affection der anderen Gehirnnerven von einer solchen abhängt, mit anderen Worten, ob es sich nicht um eine Combination von Polioencephalitis superior und inferior (Wernicke) handelt. Dieser Ansicht stellen sich mehrere Einwürfe entgegen. Bei der Bulbärparalyse ist die Erkrankung der Gehirnnerven eine doppelseitige, während hier nur halbseitige Erscheinungen beobachtet worden sind; bei diesen ist ferner der Facialis nur in seinem Mundtheile erkrankt, hier aber der ganze Nerv; bei jener ist ferner der zwölfte Nerv sehr stark mitbetroffen, hier gar nicht. Es erheben sich aber gegen die Annahme des intracerebralen Sitzes der Erkrankung schwere Bedenken, und man könnte an eine basale Affection denken. Zu diesem complicirten Bilde kommen noch spinale Erscheinungen hinzu. Diese können vielleicht vom Rückenmark ausgehen. Was die Gehirnsymptome betrifft, so kann man keinen Tumor annehmen, da keine Stauungspapille vorhanden ist. Man müsste demnach an Meningitis chronica sclerotica indurativa denken. Gegen die Annahme dieser Erkrankung spricht aber der Mangel an Kopfschmerzen. Aus der Analogie mit anderen in der Litteratur verzeichneten Fällen, glaubt Redner, dass es sich um eine diffuse Erkrankung im Gehirne und im Rückenmark handelt, welche die Kerne der Augenmuskeln, die im Bulbus medullae links, die Pyramidenseitenstrangbahn im Pons und Rückenmark betrifft.

2. Herr Juffinger stellt einen Fall von **Tuberculose der Nasenschleimhaut** vor. Die 21jährige Kranke zeigt nebst einigen Lupusknötchen an Wange und Hals eine exulcerirte Geschwulst in der rechten Nasenhälfte, in welcher zahlreiche Tuberkelbacillen gefunden wurden. — Einen ähnlichen Fall erwähnt Herr Hajek.

3. Herr Lorenz: **Die Contracturen des Kniegelenkes nach Quadricepslähmung**. Der Fall, welcher den Vortragenden zur Besprechung dieses Themas veranlasste, ist von principieller Bedeutung für die Frage der Entstehung paralytischer Deformitäten. Er betrifft einen 10jährigen Knaben, welcher im Alter von 4 Monaten eine schwere Spinalaffection durchmachte, die unter 4tägiger Bewusstlosigkeit verlief und eine complete Lähmung sämmtlicher vier Extremitäten zur Folge hatte. Die Lähmung ging allmählich