

dauernd eine vermehrte geistige Thätigkeit, und dieser erhöhte Willensimpuls hat Mitbewegungen im ganzen Körper zur Folge.

Aus allen diesen Beispielen geht hervor, daß bei den physiologischen und pathologischen Mitbewegungen der verschiedenste Mechanismus vorhanden ist. Bald haben sich die Hemmungen noch nicht genügend entwickelt, bald verhindert eine Leitungsunterbrechung die Hemmungen an ihrer Wirksamkeit. Bald wird der Impuls in der Großhirnrinde, bald erst in Quercommissuren des Rückenmarkes auf andere Bahnen übergeleitet.

Kurz: die Mitbewegungen sind wohl als klinische, nicht aber als anatomische Einheiten aufzufassen. Moskiewicz (Breslau).

**M. PROBST. Ueber einen Fall vollständiger Rindenblindheit und vollständiger Amusie.** *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 9 (1), 5—21. 1901.

Patientin litt in ihrer Jugend an epileptischen Anfällen, die lange Zeit fortgeblieben waren, schließlicb wieder auftraten, Eifersuchtsideen zur Folge hatten, die schließlicb die Unterbringung in eine Irrenanstalt nothwendig machten.

Während ihrer Krankheit erlitt Pat. mehrere Schlaganfälle. Die Lähmungen bildeten sich bald zurück, nur eine linksseitige Hemianopsie blieb bestehen, die schließlicb, als noch eine rechtsseitige Hemiplegie hinzutrat, zur völligen Erblindung führte.

Gleichzeitig bestand Amusie, d. h. Pat., die früher sehr musikalisch war, vermochte die früher oft gesungenen Lieder nicht mehr zu singen, sondern nur noch zu deklamiren. Früher wohlbekannte Lieder erkannte sie nicht wieder.

Die Section ergab ein Neurogliom, das fast die ganze linke Hemisphäre und den Balken durchwachsen hatte und auf die nur halb so große rechte Hemisphäre drückte. Beide Hinterhauptlappen zeigten Erweichungsherde, auf welche die anfänglich nur linke dann beiderseits bestehende Hemianopsie zurückzuführen ist.

Der Fall bietet manches Interessante.

Es war zunächst auffallend, daß trotz Zerstörung beider Occipitallappen noch Gesichtsbilder hallucinirt wurden, woraus doch hervorgeht, daß Intactheit des Rindenfeldes zum Zustandekommen von Gesichtshallucinationen nicht nöthig ist. Weiteres Interesse bietet die Amusie. Verf. nimmt als anatomisches Centrum für die sensorielle Amusie oder Tontaubheit den vorderen Theil der rechten Schläfenwindung an, der im vorliegenden Falle erweicht war. Die Tontaubheit bestand hier ohne alle motorischen oder aphasischen Störungen, mit denen sie sonst verbunden zu sein pflegt.

Die Sehstörung selbst nahm folgenden Verlauf: Zunächst trat in Folge eines Schlaganfalles links Hemianopsie auf. Dazu traten optische Aphasie und Achromatopsie, bedingt durch die zunächst geringen, dann immer mehr um sich greifenden Erweichungsherde in beiden Occipitallappen. Schließlicb wurde der Herd so groß, daß er zu totaler Blindheit führte, wobei bemerkenswerth ist, daß die Blindheit eine vollständige war, da Gegenstände nicht einmal im Fixirpunkt wahrgenommen wurden.

Moskiewicz (Breslau).