

## **XXXIV.**

Aus der Psychiatrischen Klinik der Charité.  
(Prof. Westphal.)

### **Ein Fall von tödtlicher mit anscheinenden Herd-symptomen sich combinirender Neuropsychose ohne anatomischen Befund.**

Von

**Dr. R. Thomsen,**  
erstem Assistenten der Klinik.

#### **Krankengeschichte.**

Paul Lange, Mechaniker resp. Kellner, geboren 1861, ledig.

Der Vater des Patienten trank, litt an epileptischen Krämpfen und starb apoplektisch, 15 Jahre nach der Geburt des Patienten. Mutter, Bruder und Grosseltern gesund, Patient hat Diphtheritis und Scharlach im 17. Lebensjahre gehabt, hat in der Schule leidlich gelernt, war immer etwas willensschwach; als Kind schon öfters Ohrensausen, aber keine Schwerhörigkeit, er klagte in den letzten Jahren gelegentlich unbestimmt über schlechtes Sehen. Eine Kopfverletzung oder Körpererschütterung hat er nie erlitten, hat sich auch nie syphilatisch infizirt. Patient arbeitete anfangs als Mechaniker, später — seit 1879 — war er im Geschäft der Mutter als Kellner thätig, gewöhnte sich den Trunk an, trank anfangs Bier, später auch Rum, Cognak, Nordhäuser 40—60 Pf. täglich. Nach Aussage der Mutter klagte er im Jahre 1881 über Aengstlichkeit — „das Herz steht mir still, ich werde sterben“ —, wurde blass und kühl, legte sich schlafen. Die Angst trat anfallsweise auf, der Anfall dauerte etwa 10 Minuten, von der Platzangst weiss die Mutter nichts, giebt aber an, dass er in sonderbarer Weise gelegentlich um das Billard herum gelaufen sei.

Von 1880 bis 1882 wurden an dem Kranken mehrmals Schwindelanfälle beobachtet, im Januar 82 hatte er zum ersten Mal einen Krampfanfall (ohne Zungenbiss), dessen Wiederholung am 26. Januar 82 seine erste Aufnahme auf die Krampfstation der Charité veranlasste.

Patient war bei der Aufnahme hochgradig benommen, absolut stumm, aber schon am nächsten Tage klar, wusste nicht, wie er in die Charité gekommen, machte mit seinem gerötheten und gedunsenen Gesicht den Eindruck eines Alkoholisten.

Am 4. April 1882 wurde Patient zum zweiten Mal vollständig betrunken eingeliefert, am anderen Morgen nüchtern entlassen.

Am 25. Mai 1882 dritte Aufnahme, Patient hatte sich zu Hause in brutal gewaltthätiger Weise gegen seine Mutter vergangen, nach Aussagen der Verwandten konnte er nichts vertragen, beging nach kleinen Alkohol-excessen jedes Mal ganz thörichte Dinge, Gewaltthätigkeiten, von denen er nachdem nichts wusste.

Patient kommt mit einem intensiven Magencatarrh zur Abtheilung, ist sehr anämisch, klagt über Angstanfälle, Herzklöpfen und Schlaflosigkeit sowie über Schwindelanfälle und gelegentlich Krampfanfälle. Im Juni kann er körperlich und geistig gesund entlassen werden.

Am 27. Juni 1883 wird Patient von Neuem mit lebhaftem Tremor der Zunge und Hände als Delirant aufgenommen, ist zunächst etwas benommen, giebt an, täglich für 60 Pf. Schnaps zu trinken, leugnet Krämpfe, will zu Hause Thiere u. dgl. gesehen haben, körperlich nichts Besonderes.

Am 9. November 1883 fünfte Aufnahme ebenfalls als Delirant, Patient ist zunächst total verwirrt, spricht von allerlei Gehörshallucinationen, giebt Krämpfe und Potus zu, ist schon am nächsten Tage äusserlich geordnet. Am 11. wieder unruhiger, spricht von „Flüstern“, das er nicht verstehet, verhält sich aber reservirt. Am 18. schreibt an seine Mutter, sie möchte doch „den Alfred, der sich immer auf dem Hofe herumtreibe und ihm Nachts keine Ruhe lasse, zu Hause behalten“ und wurde nun wegen Verdachtens einer ausgebildeten Geisteskrankheit genauer beobachtet und explorirt.

In der That ergiebt sich, dass Patient fortwährend hallucinirt.

Er hört Tag und Nacht flüsternde Stimmen, die ihm allerlei Unangenehmes oder Drohendes zusprechen, wie: „Mörder! Schurke! schlägt ihn todt!“ u. s. w. Zuweilen glaubt er in den Stimmen die seiner Mutter und seines Bruders Alfred zu erkennen. Auch sieht er Gesichter, Fratzen und Gestalten, die auf ihn zukommen.

Die Hallucinationen sind so lebhaft, dass Patient oft Nachts ängstlich aus dem Bett springt und die Ruhe stört, und dass er sich am Tage während einer Unterredung mit dem Arzte plötzlich umdreht, weil er sich geschimpft hört. Er glaubt zwar zuweilen, es könne auch Täuschung sein, ist aber in der Regel von der Realität seiner Sinnestäuschungen entschieden ganz fest überzeugt, er springt auch gelegentlich auf andere Kranke los, weil er glaubt, diese schimpften und drohten ihm. Zu anderen Zeiten bittet er dringend, man möge ihn in einer Zelle isoliren, damit er Ruhe habe. Gelegentlich deutet er auch etwas von „Gift im Essen“ und „Phosphorgeruch“ an.

Diese hallucinatorische Paranoia nahm, um das vorwegzunehmen, anfangs noch an Intensität zu, später traten Remissionen abwechselnd mit lebhaften hallucinatorischen Exacerbationen ein, die Sinnestäuschungen ver-

schwinden zuerst am Tage, dann auch in der Nacht allmälig. Im März-April 1884 beginnt die objective Krankheitseinsicht sich einzustellen und im Mai konnte Patient, der psychisch keinerlei Abnormitäten mehr darbot, entlassen werden.

Ausser dieser hallucinatorischen Geistesstörung zeigte nun Patient noch zwei weitere interessante Erscheinungen: 1. eine Hemianaesthesia dextra der Haut und Sinnesorgane und 2. Anfälle von Platzangst.

Patient ist ein jugendlicher, schlankgewachsener, etwas blasser Mensch mit intelligentem Gesichtsausdruck. Die Untersuchung der inneren Organe, des Urins u. s. w. ergiebt keinerlei Abweichungen, nur gelegentlich wird eine mässige Ischurie constatirt. Pupillenreaction, Reflexe, Augenhintergrund, Sprache normal — keine Spuren einer syphilitischen Infection. Das Körpergewicht sank vom Februar bis März von 120 auf 110 Pfund.

Auf der ganzen linken Körperhälfte ist die Motilität und Sensibilität absolut normal. Dagegen besteht eine allgemeine Herabsetzung der Sensibilität rechts. Die Grenzlinie ist zwischen rechts und links eine scharfe, am Kopf und Rumpf, vorne und hinten, genau in der Mittellinie gelegene, nur ein Stück der rechten Kinnhälfte ist ebenfalls ästhetisch. In diesem angegebenen Bezirk werden leichte Berührungen gar nicht empfunden. Nadelstiche fühlt Patient zwar, doch ist die Schmerzempfindung für tiefe Nadelstiche aufgehoben, ebenso für starkes Kneifen und den faradischen Pinsel. Der Temperatursinn, links sehr fein, ist rechts gestört. Die Reflexe von der Cornea und der Nasenschleimhaut zeigen rechts gegen links keine Differenz. Passive Bewegungen der rechten Extremitäten werden ungenau resp. unsicher empfunden, gelegentlich gar nicht gespürt. Dagegen erkennt Patient kleine Gegenstände durch Tasten mit der rechten Hand ebenso gut wie links. Parästhesien der rechten Seite fehlen ganz.

Der Händedruck und die grobe Kraft des Armes ist rechts gegen links beträchtlich herabgesetzt, am Gange ist etwas Auffälliges nicht zu constatiren, ebenso wenig eine objective Kraftdifferenz beider Beine, dagegen giebt Patient an, dass das rechte Bein schwächer wäre wie das linke. Active Bewegungen werden mit der rechten oberen Extremität entschieden unsicher ausgeführt. Patient verfehlt oft den Gegenstand, nach welchem er greifen will.

Das Gesichtsfeld zeigt eine sehr ausgesprochene Störung. Auf dem linken Auge ist dasselbe in seiner äusseren Hälfte normal, die innere Hälfte fehlt dagegen fast ganz und besteht nur noch ein Rest von ca. 20 Grad um den Fixirpunkt herum. Auf dem rechten Auge fehlt die ganze äussere Hälfte mit Ausnahme eines Restes von 10—15° um den Fixirpunkt herum, die innere Hälfte zeigt eine allgemeine concentrische Einengung auf 30/35°. Es besteht also eine Combination von rechtsseitiger homonymer Hemianopsie mit concentrischer Gesichtsfeldbeschränkung.

Farben werden auf dem linken Auge gut, auf dem rechten gar nicht erkannt.

Sehschärfe links =  $\frac{1}{1}$  Em., rechts  $\frac{1}{3}$ , leichte Myopie.

Im Laufe der Beobachtung engte sich das Gesichtsfeld beider Augen

mehr und mehr hochgradig concentrisch ein, so dass dasselbe schliesslich links 15—20, rechts 5—10° betrug. Das gleichzeitige Bestehenbleiben der Hemianopsie liess sich aber immer constatiren.

Die Sehschärfe sank gelegentlich links auf  $\frac{3}{4}$ , rechts auf  $\frac{1}{4}$ . Anlegen des Magneten, galvanische Durchströmung des Kopfes, faradische Pinselungen blieben ohne Einfluss auf das Verhalten sowohl des Gesichtsfeldes als der Hemianästhesie überhaupt: weder trat eine Aufhellung, noch ein Transfert derselben ein.

Der Geruch ist links gut, rechts aufgehoben, ebenso fehlt der Geschmack auf der rechten Zungenhälfte, das Gehör ist rechts gegen links beträchtlich herabgesetzt, indessen will Patient von Jugend an (seit dem Scharlach) auf dem rechten Ohr schlechter hören.

Ferner leidet der Kranke an typischer „Platzangst“: es ist ihm unmöglich, durch ein leeres Zimmer, über einen freien Platz zu gehen, ebenfalls ist es ihm fast unmöglich, an langen Häusern, z. B. an Casernen vorbeizukommen. Macht er den Versuch z. B. über einer grossen Platz zu gehen, so befällt ihn heftiges Angstgefühl, er fängt an zu zittern, der Schweiß bricht ihm aus, eine Empfindung, als wenn er auf schwankendem Schiffe stände, ohne eigentliches Schwindelgefühl, erfasst ihn und er ist nicht im Stande, die Beine vorwärts zu heben. Diese Agoraphobie besteht seit 1881, er bemerkte sie damals zuerst, als er durch das leere Billardzimmer gehen wollte. Im Walde, im Theater, in mit Menschen gefüllten Räumen fehlt dagegen jede Angstempfindung. Die Angst besteht nicht continuirlich, sondern ist öfter Monate lang verschwunden, um dann wieder aufzutreten. In Begleitung eines Anderen vermag er den Platz zu passiren, wenn auch mit Mühe, nüchtern wagt er allein den Versuch gar nicht, sondern geht pfeifend und singend an den Häusern entlang, das Angstgefühl vermindert sich dagegen sehr resp. verschwindet ganz, wenn Patient Schnaps getrunken hat. „Ich musste des Morgens früh über einen grossen Platz, da bekam ich immer diese Angst, wenn ich am Tage ging, spürte ich nichts von der Angst, der Platz war auch dann menschenleer, aber ich hatte auch schon etwas getrunken. Ich wurde des Morgens, wenn ich durch das grosse Billardzimmer gehen musste, von der Angst befallen und wenn ich dann getrunken hatte, merkte ich, dass es besser ging.“

Bei dem Kranken besteht eine eigenthümliche Wechselbeziehung zwischen dem Gesichtsfelde und der Platzangst. Man konnte nämlich bei dem Kranken künstlich den Angstzustand hervorrufen, indem man ihn über die langen leeren Corridore der Anstalt schickte, um einen am Ende deponirten Gegenstand abzuholen. — Dieser Aufforderung kam der Kranke nur mit Aufbietung aller Willenskraft unter lebhafter Angstempfindung nach. Jedesmal nach einem solchen künstlichen Angstanfall konnte man eine deutliche concentrische Mehreinengung des Gesichtsfeldes, das natürlich eben vorher ebenfalls aufgenommen war, constatiren, besonders deutlich war das am Anfang der Beobachtung, wo die Gesichtsfelder, abgesehen von der Hemianopsie, noch weit waren, später waren sie ohnehin schon so eingeengt, dass ein Plus

nicht deutlich war; überdies nahm die Intensität des spontanen und künstlich bewirkten Platzangstzustandes im Laufe der Beobachtung entschieden ab, derart, dass Anfang Januar überhaupt keine Platzangst mehr bestand\*).

Aei der Entlassung im Mai bestand, wie gesagt, anscheinend vollständig objective Krankheitseinsicht, ohne Angstanfälle und Sinnestäuschungen, der Schlaf und die allgemeine Ernährung hatten sich sehr gebessert. Die Hemianästhesie war die gleiche geblieben.

Am 11. Juni 1884 wird Patient zum 6. Mal aufgenommen, wegen „gemeingefährlichen Verfolgungswahnsinns“. Er kommt ruhig zur Abtheilung, ist entschieden ängstlich, giebt an, dass er noch am Tage seiner letzten Entlassung Stimmen gehört, dieselben aber nicht beachtet habe; zu Hause wäre es bald schlimmer geworden, so dass er nicht schlafen konnte, beständig hörte er von unbekannten Stimmen monotone Schimpfworte: „Spitzbube, Mörder u. dgl.“ Um sich Ruhe zu verschaffen, habe er wieder stark Schnaps getrunken, er wisse wohl, dass die Stimmen auf krankhafter Täuschung beruhen‘ aber wenn sie zu arg würden, übermanne ihn die Angst und er sei aggressiv gegen seine Umgebung geworden.

*Status praesens.* Hemianaesthesia dextra wie früher, aber weit weniger ausgesprochen: während Berührungen fast beiderseits gleich gut gefühlt werden, besteht eine allerdings deutliche Beeinträchtigung der Schmerzempfindung, des Drucksinns und Temperatursinns. Die Grenze der Hemianästhesie ist eine scharf median gelegene, die früher constatierte Ausbiegung am Kinn fehlt diesmal, dagegen besteht ein normal empfindlicher handbreiter Hautstreifen, der sich rechts vom Trochanter bis zum äusseren Knöchel herabzieht. Die grobe Kraft ist rechts am Arm und Bein entschieden geringer, der Muskelsinn erscheint intact oder doch nur ganz unbedeutend gestört. Beiderseitige hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung besonders rechts und beiderseits die rechten. Gesichtsfeldhälften mehr beeinträchtigend. Linkserhebliche concentrische Gesichtsfeldeinengung für die Farben und zwar am meisten für blau, während roth das relativ weiteste Gesichtsfeld hat, grün zwischen blau und roth liegt\*\*), rechts besteht absolute Achromatopsie, alle Farben werden als weisslich bezeichnet. Sehschärfe beiderseits =  $\frac{1}{4}$  Gehör wie früher, Knochenleitung beiderseits aufgehoben, Geruch rechts erloschen, links gut, Geschmack beiderseits gut, links subjectiv deutlicher. Ausserdem zeigt Patient eine Reihe von circumscripten auf Druck sehr empfindlichen Hautstellen der rechten Körperhälfte (links nicht), deren Vertheilung ganz denjenigen der points douloureux der Hysterischen entspricht. Diese Stellen sind

\*) Das Gesichtsfeld des Kranken und seine Beziehungen zur Platzangst ist bereits von mir in diesem Archiv Bd. XV. Heft 2, Beob. 37 mitgetheilt und figürlich dargestellt worden und verweise ich auf die eben dort befindliche Zeichnung.

\*\*) Später bestand diese Umkehr in der Reihenfolge der Farbenkreise, bzw. ihrer Ausdehnung nicht mehr, sondern die Reihenfolge war die normale: blau > roth > grün.

folgende: Tuber parietale, Austrittsstelle des Facialis und der Trigeminusäste, eine Stelle unterhalb der Mamilla, eben oberhalb des Lig. Poupart. unterhalb des Winkels der Scapula. Ferner die Dornfortsätze zweier Halswirbel, der Condylus externus cubiti, der Trochanter, der Condylus internus femoris und der rechte Hode.

Es sei hier gleich erwähnt, dass es niemals gelang, bei dem Kranken durch Druck auf die Schmerzpunkte einen Anfall oder auraähnliche Erscheinungen hervorzurufen.

In den nächsten Wochen (11./6.—20./7.) zeigte sich der Kranke als unter dem Einfluss lebhafter Sinnestäuschungen stehend; fortwährend hörte er unbekannte Stimmen, die ihn schimpfen und bedrohen, in der Regel lässt er sich über den Inhalt der Stimmen aber nicht aus, leugnet dieselben sogar direct — „wenn ich das Gehörte wiedererzähle, geht es mir des Nachts viel schlechter“ — er isolirt sich von den Anderen, rennt ängstlich im Garten herum, droht einzelnen Kranken resp. Wärtern mit der Faust, schlägt auch wohl gelegentlich plötzlich auf dieselben los, es bestehe ein Complot, um ihn zu reizen und zu ärgern. In der Nacht schläft er fast gar nicht, verlässt das Bett, muss zuweilen in die Zelle gebracht werden, wo er sich mit einer „bösen Bande“ laut herumschimpft, dieselben mit Faustschlägen und Verwünschungen tractirt.

21. Juli 1884. Patient war in der Nacht sehr unruhig und ängstlich, hatte Flimmern und Blitze vor den Augen, als wenn er elektrisiert würde. Als er zum Closet gehen wollte, war es ihm, als wenn er einen Schlag vor den Kopf bekäme, die rechte Seite wurde ihm plötzlich taub und als er nachher versuchte aufzustehen, fiel er um.

Die Untersuchung ergibt eine rechtsseitige Hemiplegie.

Der Mund- und Augenast des rechten Facialis ist gelähmt, der Stirnast dagegen nicht, rechte Nasolabialfalte verstrichen, beim Lachen verzieht sich nur der linke Mundwinkel nach oben, das rechte Auge kann nicht fest geschlossen werden. Das rechte obere Augenlid hängt etwas herab, kann aber gut gehoben werden, es besteht ein deutlicher Strabismus divergens des rechten Auges\*), doch lässt sich eine Lähmung des Rectus internus zunächst nicht nachweisen, alle Bulbusbewegungen sind ausgiebig und prompt.

Die Zunge kommt trotz der rechtsseitigen Hemiplegie deutlich nach links heraus. Rechter Arm complet schlaff gelähmt, das rechte Bein kann ganz wenig bewegt werden. Sensibilität wie früher, Cremaster- und Bauchreflex beiderseits deutlich, gleich, Kniephänomen rechts etwas herabgesetzt. Achillessehnenphänomen beiderseits gleich, links Andeutung von Fussclonus, rechts ausgesprochene paradoxe Contraction im Tibialis anticus und im Extensor hallucis longus. Keine Sprachstörung, kein Fieber.

22. Juli. Nach einer schlechten Nacht im Allgemeinen derselbe Zustand wie gestern. Pupillen auffällig weit, gute Reaction, deutliche Ptosis des rechten oberen Augenlides. Die Parese des rechten Internus heute

\* ) Früher waren die Augenbewegungen stets normal.

sehr deutlich, das rechte Auge weicht stark nach aussen ab, die Bewegung nach innen ist defect. Lähmung des rechten Facialis, linken Hypoglossus, der rechtsseitigen Extremitäten wie gestern. Urinverhaltung, Patient muss catheterisiert werden. Der dorsal flectirte rechte Fuss bleibt in paradoxer Contraction ca.  $\frac{1}{2}$  Minute stehen, sinkt dann allmälig herab, dabei leichtes Zittern. Der paradoxen Contraction des Tibialis anticus kann man die des Extensor hallucis hinzufügen, an den übrigen Zehen des Fusses, in Fuss-, Knie- und Hüftgelenk fehlt die Erscheinung. Man kann die paradoxe Contraction durch Faradisation des Tibialis herstellen, sie dagegen durch Druck auf diesen, durch Compression der Wadenmuseln und durch Beugen des Beines im Knie sofort aufheben.

23. Juli. Patient musste catheterisiert werden. Temperatur bis jetzt stets 37,0—37,5, heute Morgen 37,9°. Patient hatte in der Nacht einen Anfall von Bewusstseinstrübung und Zittern der rechten Seite. Die Ptosis ist heute complet. Patient kann das Auge nicht öffnen, auch den Bulbus nicht nach links hinüber bringen, das Abweichen der Zunge nach links beim Ausstrecken besteht fort, sonst Status idem. Während in den letzten Tagen die psychischen Erscheinungen zurückgetreten waren, wird Patient jetzt wieder ängstlich und unruhig, hört massenhaft Stimmen, sieht übernatürliche Erscheinungen, es kommt ihm vor, als ob sein Geist sich vom Körper losgelöst hätte und nun frei umherschwebe und dabei den eigenen Körper im Bette liegen sehe. In einem solchen Angstanfall stürzte sich Patient aus dem Bett, dabei klagte er über Schmerzen im Kreuz. Die Temperatur steigt vorübergehend über 39,0°. Fast absolute Schlaflosigkeit.

Die Lähmung geht sehr rasch zurück, schon am 27. Juli kann Patient den Arm, 2 Tage später das Bein etwas bewegen. Am 10. August steht Patient bereits wieder auf und am 20. August lässt sich von der Lähmung der Extremitäten nur die schon früher bestehende leichte Differenz zu Ungunsten der rechten Seite constatiren, dagegen bleibt eine dauernde leichte Parese des rechten Facialis mit fibrillären Zuckungen der rechten Gesichtshälfte zurück, die Zunge kommt allmälig (anfangs August) gerade heraus, etwas später stellt sich eine zunehmende Abweichung nach rechts ein. Die Zunge weicht beim Herausstrecken ganz außerordentlich stark nach rechts ab, verharrt in dieser Stellung, kann nur mühsam nach links hinüber bewegt werden; auch im Munde zeigt die Zunge dieselbe Abweichung nach rechts und ein hochgradiges Flimmern in der Muskulatur beider Hälften. Anfang September ist auch die Ptosis vollständig verschwunden, ebenso die Lähmung des Internus, das Auge kann nach allen Seiten hin ausgiebig bewegt werden. Trotzdem besteht in der Ruhe und beim Fixiren Strabismus divergens. Patient fixirt nur mit dem linken Auge, schliesst man ihm nun das linke Auge, so macht das rechte eine Einstellungsbewegung und der Kranke fixirt rechts, das jetzt geöffnete linke Auge weicht dabei nach aussen ab und macht erst eine Einstellungsbewegung, wenn man das rechte verschliesst; es besteht also ein alternierendes Schielen ohne das Bedürfniss der binoculären Fixation. Keine Doppelbilder — wohl in

Folge der hochgradigen concentrischen Gesichtsfeldeinengung. Das paradoxe Phänomen nahm sehr rasch an Intensität ab, am 8. August war es vollständig verschwunden.

In der Nacht zum 21. September hatte Patient einen heftigen Angstanfall, schrie und schwatzte verwirrt, schlief darauf einige Stunden, wachte aber dann mit ziemlich starkem Schüttelfrost und Kopfschmerz auf. Am anderen Morgen weist er wieder eine halbseitige Lähmung auf, spricht davon, dass ihm dieselbe „gemacht“ worden sei, klagte über heftige Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen und Eingeschlafensein der rechten Seite.

Die Untersuchung ergibt eine schlaffe Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität ohne Beteiligung des Oculomotorius oder der anderen Augennerven, abgesehen von leichtem Nystagmus, das Verhalten des Facialis und Hypoglossus wie vor dem Anfall, Bauch- und Cremasterreflex beiderseits gleich, Kniephänomen rechts schwächer und nur schwer von bestimmter Stelle aus hervorzurufen, Achillesphänomen beiderseits lebhaft und gleich, keine Spur von Fussclonus, kein paradoxes Phänomen.

Sensibilität wie früher, höchstens ist die Intensität der rechtsseitigen Gefühlslähmung etwas geringer wie vor dem Anfall, Plantarreflex links lebhaft, rechts fehlend, Points douloureux wie früher, keine Blasenstörung.

Auch diesmal geht die Lähmung rasch zurück, schon nach wenigen Tagen tritt eine Besserung am Arme auf und Ende October kann Patient wieder wie früher seine Glieder gebrauchen — der Status quo ist wiederhergestellt.

Während aber bei dem ersten Lähmungsanfälle Schmerzen ganz fehlten, treten nunmehr im Anschluss an die zweite Hemiplegie Anfälle von heftigen Schmerzen bohrender und reissender Natur auf, die anfangs im ganzen Körper, später ganz besonders in beiden Beinen localisiert werden, dabei constatirt man eine lebhafte Druckempfindlichkeit der Austrittsstellen der grossen Nervenstämmen. Ausserdem werden bei dem Kranken auch, abgesehen von den schon früher beobachteten hallucinatorischen Exacerbationen, primäre nächtliche Angstanfälle mit Temperaturerhöhung und starker rother Fleckung des Gesichts constatirt.

Ende des Jahres tritt eine Besserung ein, die Sinnestäuschungen und Angstanfälle werden seltener, die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit bestehen aber fort, so dass Patient dauernd bettlägerig ist. Rechtsseitige Hemianästhesie mit leichter Schwäche der Extremitäten wie früher, ausserdem deutliche rechtsseitige Facialis- und Hypoglossusparesen und das früher beschriebene alternirende Schielen. Ataxie besteht nicht, das Muskelgefühl ist links nicht, rechts in der alten Weise gestört, der Kranke klagt über Kribbeln im rechten Bein, Kniephänomen rechts schwächer als links, Achillesphänomen beiderseits gleich, links eine Andeutung von Fussclonus, rechts nicht.

Im April 1885 wird folgender Status notirt: Psychisch ist Patient fast ganz frei, vollständig klar, ruhig und geordnet, zeigt ein gleichmässig heiteres, freundliches Wesen, beschäftigt sich — im Lehnstuhl gebettet — etwas mit schriftlichen Arbeiten. Ein Defect der Intelligenz besteht absolut nicht, Wahnideen fehlen durchaus, der Kranke hat vollständige Einsicht für das

Krankhafte seiner früheren Sinnestäuschungen, die nach seiner Angabe jetzt völlig verschwunden sind, nur zuweilen klagt er über plötzlich auftretende unerklärliche Herzensangst und Schwindelempfindung; somatisch bestehen subjectiv zuweilen Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen. Keine Klagen bezüglich des Oberkörpers, dagegen blitzartige Schmerzen in beiden Beinen, von den Hüften bis zur Zehe, daneben dauernde leichten Schmerzen und gelegentlich streckende Zuckungen, ebenfalls in den Beinen. Das Urinlassen ist schmerhaft und mühsam, der Stuhl angehalten, keine Enurese, keine Pollutionen oder Erectionen, keine Schmerzen der Wirbelsäule, kein Gürtelgefühl, kein Doppelsehen, kein Erbrechen.

Objectiver Befund: Augenhintergrund normal wie auch früher, Pupillenreaction auf Licht und Accommodation gut, Strabismus divergens, die Beweglichkeit im Sinne des rechten Internus erheblich beschränkt, sonst Beweglichkeit der Augen gut, Gesichtsfeld wie früher, beiderseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung, besonders rechts mit Andeutung von Hemianopsia dextra. Die Sehschärfe ist links gleich 1, rechts gleich 3/4. Farben werden links gut, rechts in 3—4 Zoll erkannt, in weiterer Entfernung wird Alles als grau bezeichnet, Controversie mit dem Stereoskop und Brenngläsern ergeben ein durchaus übereinstimmendes Resultat. Percussion des Kopfes empfindlich, leichte Facialisparesis rechts, Zunge stark nach rechts abweichend; an den oberen Extremitäten nichts Besonderes.

Patient liegt wegen seiner Schmerzen fast immer im Bett, und zwar in rechter Seitenlage mit leicht angezogenen Knien, die unteren Extremitäten etwas vermindert in ihrem Volumen, aber ohne locale Atrophie, das rechte Bein ist in seiner ganzen Länge um ca. 1 Ctm. stärker als das linke, alle Bewegungen der Beine sind frei, werden aber wegen der Schmerzen nur in kleinen Excursionen und mit geringer Kraft ausgeführt, keine Spur von Ataxie oder Contractur, Kniephänomen links entschieden gesteigert, rechts etwas stärker als normal, links deutlicher Patellar- und Fussclonus, rechts nicht, beiderseits keine Spur von paradoxem Phänomen; directe Muskelerregbarkeit normal, die elektrische Untersuchung ergiebt ein durchaus normales Verhalten der Nerven und Muskeln wie auch früher, Cremaster- und Bauchreflex beiderseits gleich, Plantarreflex links lebhaft, rechts fehlend, Sensibilität der Haut und Sinnesorgane wie früher.

Im Mai, Juni und Juli 1885 war das psychische und körperliche Verhalten des Kranken das gleiche: durch die dauernden mässigen Schmerzen, über die er übrigens nur wenig klagte, an das Bett gefesselt, zeigte Patient in der Regel ein gleichmässiges Verhalten, gab an, keinerlei Sinnestäuschungen zu haben, anfallsweise dagegen treten mit Schwindelgefühlen, Ubelkeit und starkem Schweiss einhergehende Angstzustände auf, in denen Patient flüsternde Stimmen hört und allerlei Wahnsinne producirt, er solle nach Dall-dorf geschickt werden, der Arzt habe von ihm als einen Spitzbuben gesprochen u. dgl. Diese Angstanfälle beginnen gewöhnlich Abends, Patient annonciert dieselben, weist dabei nicht selten fleckige Röthung des Gesichts, Herpesbläschen an der Oberlippe und Temperatursteigerung auf. Ausser

diesen psychischen Anfällen hat Patient Anfälle von „*Pseudoperitonitis*“. Ziemlich plötzlich treten äusserst heftige kolikartige Schmerzen im Unterleibe auf, der Bauch ist aufgetrieben, auf Druck äusserst empfindlich, die Temperatur steigt vorübergehend auf  $39,8^{\circ}$ , der Kranke erbricht grüne gallige Massen. Diese Anfälle, welche sich nicht selten ebenfalls mit Angstanfällen und Herpes *facialis* complicieren, dauern gewöhnlich ca. 12 Stunden. Ausserdem treten ebenfalls vorübergehend Anfälle von „*Brustkrampf*“ auf, in denen Patient über Athemnot klagt und über Schmerzen, als wenn ihm die Brust zerrissen würde.

Ende Juni 1885 ist bei sonst unverändertem somatischen Befund notirt: Beiderseitiger Patellarclonus, links dauernder und rechts vorübergehender Fussclonus.

Ende Juli tritt eine allgemeine Besserung ein, Patient steht auf, geht anfangs mit Hülfe von Krücken, später ohne diese herum; abgesehen von leichten vorübergehenden Schmerzen ist Patient körperlich und geistig fast gesund, hat über nichts sonst zu klagen. Eine Morphiumentziehungskur, welche im Laufe August vorgenommen wurde, konnte ohne besondere Schwierigkeiten durchgeführt werden.

Am 11. September beginnt plötzlich ein neuer Schmerzanfall; diesmal werden die Schmerzen, die subjectiv als unerträglich angegeben werden, lediglich in den Knochen und Gelenken des Unterschenkels und Vorderarms localisiert und combiniren sich mit einem so peinlichen allgemein brennenden Jucken der Haut, dass Patient bald sich verzweifelt tief in seine Kissen begräbt, bald wie ein Tobsüchtiger im Zimmer herumspringt, dabei lebhafter Hunger nach Morphiun und Chloral. Objectiv ist nichts zu constatiren. Die eingeleitete Behandlung ist fast ganz erfolglos, dagegen hört nach 8 Tagen der Anfall von selbst wieder auf und es tritt fast vollständiges Wohlbeinden ein.

Am 7. November neuer Anfall von Schmerzen heftigster Art in der Brust, im Bauch und in den Beinen sowie beim Urinlassen, Erbrechen, Temperatursteigerung bis  $40,6^{\circ}$ . Der Anfall dauerte 2 Tage, nach demselben tritt der Strabismus divergens wieder deutlicher hervor. Die Facialisparesis nicht mehr nachweisbar, die Zunge weicht noch immer etwas nach rechts ab, die Einstellungsbewegungen der Augen wie früher, Händedruck beiderseitig gleich, schwach, grobe Kraft der unteren Extremitäten gering, Patient geht umher, der Gang zeigt nichts Besonderes, keine Spur von Atrophie, Contractur oder Ataxie, eine Sensibilitätsstörung ist nur noch in Spuren nachweisbar, Verhalten der Sinnesorgane wie früher, Kniephänomen auffällig schwach, schwer hervorzurufen besonders rechts, keine Spur von Patellar- oder Fussclonus, keine Andeutung von paradoxem Phänomen, Plantarreflex beiderseits gleich.

Die allgemeine Besserung machte dann so erfreuliche Fortschritte, dass Patient von Mitte November ab überhaupt fast keine Krankheitserscheinungen mehr darbot, er war immer ausser Bett, beschäftigte sich fleissig im Abschreiben von Attesten und Vorbereitungen für das Weihnachtsfest, zeigte ein absolut

gleichmässig heiteres Wesen, hofft bald ganz gesund zu sein, seine einzigen Klagen betreffen seinen schlechten Schlaf und Appetit, ausserdem ist ihm das Urinlassen beschwerlich und schmerhaft.

Am 13. December stand Patient um 9 Uhr Abends auf aus dem Bett, um dem Wärter bei dem Hinausschaffen eines Kranken aus dem Wachsaal in ein Nebenzimmer behülflich zu sein, er fasste den Kranken unter den Arm, ging einige Schritte vorwärts, ganz plötzlich brach er lautlos zusammen, die Arme fielen schlaff herab, weder Krämpfe noch Zuckungen oder Zittern im Gesicht oder an den Extremitäten wurde bemerkt, er machte nur noch einige Schmeckbewegungen mit dem Munde, dann war er todt. Ein Arzt war im Moment des Todes nicht anwesend, eine Vergiftung oder der gleichen ist nach Lage der Sache vollständig ausgeschlossen.

#### Sectionsbefund.

Die am 14. December Morgens 10 Uhr vorgenommene Section — Dr. Israel — ergab folgendes Resultat:

Abgemagerte männliche Leiche.

Schädeldach ziemlich dünn, leicht, die wohlerhaltenen Nähte breit, die äussere Oberfläche ist glatt, die Tabula interna des Stirnbeins zeigt mehrfache flache Exostosen. Die Dura ist durchweg intact, die Pia enthält viel Flüssigkeit in ihren Maschen, ist aber sonst normal. Die Ventrikel sind leicht erweitert, der Inhalt ist klar. Die Hirnsubstanz ist feucht, schlaff und blutarm. Die genaue makroskopische Untersuchung ergibt weder in den Hemisphären noch in den grossen Ganglien irgend welche Herderkrankungen\*). Der Plexus ist blutarm, die Gefäße der Basis sind gesund. Das Rückenmark ist weich und etwas hyperämisch, zeigt makroskopisch nichts Besonderes.

Herz ziemlich gross, Muskulatur blassroth, Endocard verdickt, ebenso an der Mitralis und Aortenklappe alte chronische Verdickung. Aorta eng, misst direct über der Klappe 6 Ctm. Die Intima ist intact.

Beide Lungen namentlich in den unteren Partien sehr blutreich, aber bis auf die tiefsten Stellen überall lufthaltig.

Milz von normaler Grösse, Pulpa biebig, Trabekel und Follikel deutlich sichtbar. Beide Nieren etwas gross, die Kapsel glatt abziehbar, das Parenchym etwas hyperämisch, leicht getrübt. Harnblase gefüllt, Urin klar. Im Colon treten die Follikel etwas geschwollen hervor, der übrige Darm gesund.

Magenschleimhaut leicht geröthet, der Mageninhalt zeigt nichts Besonderes.

Anatomische Diagnose: Hysterie, apoplektiform zu Grunde gegangen. Hydrocephalus internus. Exostosis interna frontalis multiplex. Enteritis follicularis. Gastritis levius.

---

\*) Pons und Medulla oblongata, Hirnschenkel und hinterer Sehhügel wurden unzerschnitten für die mikroskopische Untersuchung in Müller'sche Flüssigkeit gelegt — ebenso das Rückenmark und verschiedene peripherie Nerven.

Resumiren wir kurz den Fall in seinen Hauptzügen.

Ein junger, erblich belasteter, sonst gesunder Mann bekommt nach starkem Potus zunächst Schwindel-, dann Krampfanfälle, Platzangst und mehrfache Anfälle von Delirium potatorum. An ein solches Delirium schliesst sich eine hallucinatorische Paranoia an, die nach Monaten heilt, ebenso die Agoraphobie. Gleichzeitig weist der Kranke eine stationäre gemischte (sensorisch-sensible) Hemianästhesie auf. Das Gesichtsfeld zeigt eine eigenthümliche Combination von concentratischer Einengung und homonymer Hemianopsie. Nach einigen Monaten Exacerbation der Psychose — nach einem nächtlichen Angstanfall zeigt der Kranke eine eigenthümlich gruppirte Hemiplegia dextra, an der ausser dem rechten Facialis der M. levator palp. und der R. internus dexter theilnehmen, sowie der linke Hypoglossus. Paradoxe Contraction. Die Lähmung geht bald vorüber, wiederholt sich aber — ebenfalls für nur kurze Zeit — bald noch einmal und zwar nur an den Extremitäten. Statt der linksseitigen entwickelt sich später eine rechtsseitige Hypoglossuslähmung. An die zweite Hemiplegie schliessen sich Anfälle von heftigen Schmerzen in beiden Beinen und von Enteralgien mit hohem Fieber an. Unter Exacerbationen und Remissionen sowohl der psychischen als der nervösen Erscheinungen tritt allmälig fast complete Heilung ein — ganz ohne Vorboten und ohne weitere Begleiterscheinungen bricht dann, nachdem die Krankheit insgesamt ca. vier Jahre gedauert hat, der Kranke plötzlich todt zusammen.

Die Section ergiebt makroskopisch, sowohl was die Organe überhaupt, als was das Centralnervensystem im Speciellen anlangt, einen negativen Befund. Ueber das Resultat der mikroskopischen Untersuchung wird weiter unten berichtet werden.

Unter welche Krankheitsform verdient dieses Bild eingereiht zu werden?

Die erste Hälfte des Krankheitsverlaufes zeigt freilich nicht viel Besonderes: bei einem Potator entwickelt sich eine hallucinatorische Paranoia, gleichzeitig besteht Platzangst, eine bei ausgesprochener Geistesstörung sonst freilich seltene Complication und eine Hemianästhesie, die schon von Magnan als bei Alkoholisten vorkommend beobachtet ist.

Die Schwierigkeiten der Diagnose beginnen erst, als der Kranke eigenthümlich gruppirte apoplectiform aufgetretene Lähmungserscheinungen darbietet, sie erreichen ihre grösste Höhe, als der Kranke plötzlich verstirbt.

Die Frage, die intra vitam mit Sicherheit zu beantworten, mir

nicht gelingen wollte, war die: Handelte es sich im vorliegenden Fall um eine materielle Erkrankung des Centralnervensystems, speciell um multiple Sklerose oder aber um eine Psychose combinirt mit einer Neurose, speciell um eine Hysterie resp. um eine andersartige functionelle Erkrankung?

Mit Rücksicht auf diese Frage mögen zunächst die einzelnen wesentlichen Symptome eine kurze Besprechung erfahren.

Was zunächst die Sensibilitätsstörungen anbelangt, so waren dieselben am allerwenigsten geeignet, die Diagnose zu fördern. Es handelte sich um eine (sensorisch-sensible) Hemianaesthesia dextra der gewöhnlichen Art, die insofern nicht ganz rein war, als intercurrent einzelne Partien (Kinn, Oberschenkel) der anästhetischen Körperhälften eine gute Empfindlichkeit zeigten.

Die Hemianästhesie war sonst eine durchweg stationäre, in ihrer Tiefe und Ausdehnung von der Intensität der übrigen Krankheitserscheinungen unabhängige, im Allgemeinen zeigte sie im Verlaufe der Beobachtung eher eine Tendenz zum Verschwinden.

Transfertversuche misslangen stets.

Ein eigenthümliches Verhalten zeigte das Gesichtsfeld, es bestand eine Combination von concentrischer Gesichtsfeldeinengung und Hemianopsie — eine sonst bei meinen zahlreichen Gesichtsfeldaufnahmen nicht beobachtete Erscheinung.

Derartige Sensibilitätsstörungen sind nachgerade so oft sowohl bei Hysterie\*) und anderweitigen Neurosen einerseits, wie bei multipler Sklerose und Herderkrankungen des Gehirnes andererseits in ganz gleicher Weise beobachtet worden, dass ihr Bestehen weder für das Eine, noch das Andere zu verwerthen ist.

Was speciell das Verhalten des Gesichtsfeldes anlangt, so ist dasselbe wenig geeignet, die Ansicht Féré's\*\*), dass eine allseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung und eine Hemianopsie auf eine entgegengesetzte Erkrankung der Capsula interna mit Beteiligung des Corp. geniculat. zu beziehen sei, zu bestätigen, da sich in der

\*) Dass Hemioptie bei Hysterie vorkommt, ist von den verschiedensten Autoren behauptet worden cfr. Srynos, Amblyopie et amaurose hysterique, Thèse de Paris 1873. — Bonnefoy, Troubles de la vision de l'hystérie. Thèse de Paris 1874. — Rosenthal, Untersuchungen über den Transfert. Dieses Archiv Bd. VII. Heft 1. — Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Ich selbst habe immer nur concentrische Gesichtsfeldeinengung bei Hysterie gefunden.

\*\*) Arch. de Neurologie III. 337.

That, wie das übrigens diesseits angenommen war, im Gehirn kein Herd fand.

Schon anderenorts habe ich die Ansicht unterstützt, dass die gemischte Hemianästhesie überall als directe Herderscheinung nicht angesprochen werden könne, freilich das gleichzeitige Bestehen einer materiellen Läsion keineswegs ausschliesse. Bei multipler Sklerose sind Hemianästhesien der Haut und Sinnesorgane schon oft beobachtet worden, ebenso bei Intoxicationen durch Blei oder Alkohol und bei allgemeinen Neurosen (wie Epilepsie, Chorea) und bei Herderkrankungen des Gehirnes etc.

In dem Verhalten gegen Transfertversuche kann ein differential-diagnostisches Hülfsmittel gleichfalls nicht gesehen werden, da einmal cerebral, d. h. materiell bedingte Hemianästhesien nach Charcot\*) auf Metallotherapie dauernd verschwinden, andererseits funktionelle Hemianästhesien sich durchaus refraktär gegen den Transfert verhalten, wie in unserem Falle.

Somit konnten die Sensibilitätsstörungen diagnostisch nicht verwortheit werden.

Ganz anders steht es mit den Motilitätsstörungen.

Von Anfang an konnte freilich mit grösster Wahrscheinlichkeit vermuthet werden, dass eine Hemiplegie, an der sich ausser den Extremitäten der gleichseitige Facialis, der Oculomotorius und der Hypoglossus der anderen Seite betheiligten, nicht der directe Ausdruck eines Herdes, etwa einer Blutung oder Erweichung sein konnte — dagegen sprach von vornherein die eigenthümliche Gruppierung der Lähmung, das Fehlen aller Allgemeinerscheinungen, das Auftreten der Hemiplegie in engen Anschluss an einen Angstanfall.

Recht gut aber war trotz einiger Bedenken die geschilderte Lähmung vereinbar mit der Diagnose der multiplen Sklerose, bei der ja plötzliche apoplectiforme Hemiplegien und Monoplegien nicht ganz selten beobachtet werden. Auch der Umstand, dass andere Symptome von Sklerose vorher absolut fehlten, konnte nicht unbedingt gegen dasselbe sprechen, da die Krankheit gelegentlich mit einem apoplectiformen Anfall debutirt\*\*).

Der so nahe liegenden Annahme: Hysterie konnten doch gewichtige Bedenken entgegengesetzt werden.

Einmal war der Kranke psychisch nicht das, was wir in Deutsch-

\*) Troubles de la vision etc. Gaz. des hôpit. 1878. No. 9.

\*\*) Charcot-Fetzer, Klin. Vorträge 1874. p. 267.

land als „hysterisch“ bezeichnen, zeigte auch sonst vorher keine weiteren hysterischen Erscheinungen.

Ferner die Hemiplegie selbst.

Es gilt als Lehrbuchaxiom (Jolly, Hysterie, Niemeyer-Seitz), dass die hysterische Hemiplegie sich auf die Extremitäten beschränkt, den Facialis und die Augenmuskeln aber, abgesehen vom Levator palpebrarum, unangetastet lässt — noch in einer neuesten Arbeit von Marie und Sonza\*) wird der schon früher von Charcot urgirte diagnostische Werth des Fehlens der Facialislähmung betont. Dass dieselbe freilich vorkommt, kann nicht geleugnet werden; Seeligmüller\*\*) beschreibt eine anscheinend hysterische Facialislähmung und auch sonst\*\*\*) sind vereinzelte gleiche Beobachtungen mitgetheilt. Immerhin ist die hysterische Facialislähmung eine sehr seltene Erscheinung.

Ebenso selten sind Lähmungen der Bulbusmuskeln — Diplopie ohne nähere Angabe findet sich freilich in manchen Krankengeschichten von Hysterie —, doch sah Duchenne†) bei einem 19jährigen Mädchen eine vorübergehende Abducenslähmung erst des einen, dann des anderen Auges.

Weit häufiger ist eine Hypoglossuslähmung††), obwohl auch sie immerhin noch selten ist, ja es wird gerade als für die hysterische Hypoglossuslähmung charakteristisch hervorgehoben†††), dass die Zunge so ausserordentlich stark nach der gelähmten Seite abweicht.

In dem oft angezogenen Falle Guttmann's\*†) — es bestand eine Hemiplegia und Hemianaesthesia sinistra mit gleichseitiger Facialisparesis und ausgesprochener Hypoglossuslähmung — wurde ebenfalls auf dieses starke Abweichen hingewiesen — die Section ergab multiple Sklerose. Auch das Abweichen der Zunge nach der nicht

\*) Paralysies hystériques. Revue de médecine 1885.

\*\*) Ueber Hemianästhesie. Deutsche med. Wochenschr. 1884. No. 42.

\*\*\*) Wiesener, Et tilfaelde etc. Tidskrift f. pract. Med. 1882. p. 97.

— Buzzard, Clinical lectures. 1882. — Arendt, Eine unter dem Bilde der Poliomyelitis acuta anter. auftretende Lähmung bei Hysterie. Inaugur.-Dissertation, Berlin.

†) Paralysie du moteur oculaire externe dans l'hystéricisme. Gaz. des hôpital. 1875, No. 86.

††) Remak und Landau, Zeitschrift f. klin. Med. Bd. VI. Heft 5.

†††) Discussion über den Guttmann'schen Fall. Berl. klin. Wochenschr. 1877. S. 395.

\*†) Ein bemerkenswerther Fall von Sklerose. Zeitschrift f. klin. Medicin. 1880. S. 46.

hemiplegischen Seite — ohne Facialislähmung — ist von Seeligmüller\*) bei Hysterie beobachtet worden.

Mit der Diagnose der Hysterie wären also die in unserem Falle beobachteten Lähmungserscheinungen immerhin vereinbar — auch die sonderbare Thatsache, dass die Zunge anfangs stark nach links, später ebenso stark nach rechts abwich. Für Hysterie konnte ferner noch der Befund von points douloureux, obwohl dieselben nicht gleichzeitig hysterogene\*\*) waren, das Eintreten der Lähmung auf psychische Einflüsse (Angstanfall), das rasche Verschwinden derselben und überhaupt die fast völlige Heilung der psychischen und nervösen Erscheinungen herangezogen werden. Das Verhalten der Sehnenphänomene konnte eine Verwerthung nicht finden, da auch bei der Hysterie\*\*\*) sowohl eine Erhöhung als eine Abschwächung derselben auf der gelähmten Seite beobachtet worden ist. Der weitere Verlauf liess aber doch die Diagnose Hysterie als sehr wenig fundirt erscheinen.

Anfälle von heftigen Schmerzen, von juckenden Empfindungen in der Haut, von krampfartigen Empfindungen in der Brust, von Meteorismus mit Erbrechen und Druckempfindlichkeit — „Pseudoperitonitis“ — sind bei der Hysterie oft genug beobachtet worden, durchweg gehen dieselben aber ohne Temperaturerhöhung einher.

Wenn auch ein „hysterisches Fieber“, d. h. eine Temperatursteigerung um einige Decigrade von einigen Autoren†) behauptet wird — von der Mehrzahl ††) wird es geleugnet — so sind doch Fiebererscheinungen über 39° ja bis zu 40,6° wie in unserem Falle meines Wissens bislang nicht beschrieben worden, während andererseits die Anfälle bei multipler Sklerose nicht selten mit Fieber einhergehen.

Als schwerstwiegendes Moment aber, das die Diagnose der Hyste-

\*) l. c.

\*\*) Huchard, *Hystérie dans ses rapports etc. Union méd.* 1882, No. 5. Konnte durch Compression des Hodens gastralgie Anfälle mit galligem Erbrechen hervorrufen. — Mendel, *Männliche Hysterie. Deutsche medic. W.* 1884, No. 16 fand die Compression wirkungslos.

\*\*\*) Marie und Sonza l. c. — Charcot, *Hémiplégie hystérique. Progrès méd.* 1884, No. 11.

†) Sepilli und Marigliano, Beitrag zum Studium der Hysteroepilepsie. *Riv. spec.* 1879. — Briaud, *La fièvre hystérique. Gaz. hebdomad.* 1883, No. 40.

††) Charcot l. c. — Pinard, *De la pseudo-fièvre hystérique. Thèse de Paris* 1883.

rie fast ausschliesst, dürfte schliesslich der apoplectiforme plötzliche Tod des Kranken anzuführen sein, der Satz: „an der Hysterie stirbt man nicht“ hat wohl noch keine Anfechtung gefunden.

Mit der Annahme, dass bei dem Kranken eine beginnende multiple Sklerose vorhanden, waren fast alle Erscheinungen gut vereinbar: der plötzliche Beginn mit apoplectiformen kurzdauernden Lähmungen, die Anfälle mit Temperatursteigerung, der plötzliche Tod \*) — über die Vermuthung kam bei dem Fehlen der grundlegenden Symptome (Intentionszittern, Skandiren, Nystagmus, Steifigkeit) die Diagnose freilich nicht hinaus.

Somit durften wir an den Sectionstisch herantreten mit der Erwartung, doch vielleicht irgend einen nachweisbaren krankhaften Process im Centralnervensystem zu finden — eine Erwartung, welcher der absolut negative Befund allerdings in keiner Weise entsprach.

Auch die mikroskopische Untersuchung \*\*) ergab ein gleiches absolut negatives Resultat.

Weder im Rückenmark noch in der Medulla oblongata oder im Pons, ebensowenig im Gebiet des hinteren Sehhügels (Tractus opticus, Corpora geniculata) ergab die genaueste Durchforschung irgend eine Veränderung — es zeigte sich an den sehr gut gelungenen Präparaten alles normal. Auch Schnitte durch die Hirnrinde der linken vorderen Centralwindung ergaben nichts Abweichendes.

Die Rückenmarkswurzeln zeigten sich gesund, dagegen fanden sich in den untersuchten peripherischen Nerven deutliche, wenn auch geringe Veränderungen. Sowohl in den grossen Nervenstämmen — Ischiadicus — als in den kleineren — N. cruralis, N. saphenus major, N. peroneus superficialis — zeigten einzelne Bündel eine leichte einfache atrophische Degeneration der Nervenfasern (meistens zerstreut) ohne Beteiligung des Bindegewebes oder der Gefässe. Etwas erheblicher war diese Degeneration in den kleinen Aesten besonders der dünneren Nerven — immer aber zeigten sich zwischen den atrophen-

\*) In der jüngsten Zeit hat Edge (Lancet 1885, No. 13) einen Fall beschrieben, in dem sich die Sklerose direct an ein Trauma capitis anschloss. Auch in diesem Falle wurden ausserdem häufige Hemiplegien und Monoplegien transitorischer Natur mit Fieber beobachtet.

\*\*) Das Rückenmark wurde auf Körnchenzellen und in Serienschnitten, die Medulla oblongata etc. auf Serienschnitten untersucht. Gefärbt wurde mit Carmin, Hämatoxylin, Nigrosin und Weigert'scher Hämatoxylinlösung. Die Nerven wurden in gleicher Weise behandelt, ausserdem wurden Zupfpräparate angefertigt.

Nervenfasern reichliche gesunde. Der N. ulnaris dexter erwies sich als gesund.

Wenn somit eine Herderkrankung absolut nicht vorhanden war, — folgt daraus, dass der Kranke, der intra vitam so manche der Hysterie fremde Symptome aufgewiesen hatte, an Hysterie gelitten hat und gestorben ist? Meines Erachtens keineswegs!

Was zunächst den plötzlichen apoplectiformen Tod bei Nervenkranken ohne Befund anlangt, so sind verschiedene Beobachtungen sehr ungleichartiger Natur veröffentlicht worden.

In dem Falle von Baxter\*) handelte es sich um eine nicht hysterische 39jährige Frau, die durch  $\frac{5}{4}$  Jahre hindurch ausser Kopfschmerz, Bauchmuskelkrämpfen und Lach- resp. Weinkrämpfen Neuritis optica und Defekte der oberen äusseren Gesichtsfeldpartien dargeboten hatte und die im Coma und unter Convulsionen verstarb.

Langer\*\*) theilt die Krankheitsgeschichte eines 51jährigen Mannes mit, der seit 2 Jahren an Convulsionen, Schlingkrämpfen, Ptosis, Nystagmus linksseitiger Facialisparesis und rechtsseitiger Extremitätenparesis litt und im „Anfall“ verstarb. Der Befund war in beiden Fällen ebenso negativ wie in dem Falle von ausgesprochener Jackson'scher Epilepsie, den Landonzy und Siredey\*\*\*) veröffentlicht haben und der im Etat de mal zu Grunde ging. Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass apoplectiforme Todesfälle vorkommen, wo es sich um organische Gehirnerkrankungen — progressive Paralyse, multiple Sclerose, alte Erweichung — handelt, obwohl die Section auch in diesen Fällen für den plötzlichen Tod keine Erklärung darbietet — man zieht zur Erklärung die durch den krankhaften Process gesetzte hypothetische Labilität der Ernährungs- und Functionsverhältnisse heran — man wundert sich nicht, wenn Epileptische oder Säufer †) ohne jede Vorboten und ohne jede post mortem nachweisbare Ursache plötzlich tot zusammensinken — eine „tödtliche Hysterie“ ist aber

\*) Baxter, A case of etc. Brain 82. Januar.

\*\*) Zur Pathologie der Neurosen. Wiener med. Presse 1884. S. 698.

\*\*\*) Hémiplégie faciale inférieure. Revue de méd. p. 984. Ich selbst beobachtete einen Fall von Jackson'scher Epilepsie, d. h. von rein halbseitigen Krämpfen mit nur getrübtem Bewusstsein und consecutiver Lähmung der krampfenden Muskeln, bei einer älteren Frau, die plötzlich ohne Anfall verschied. Die Section war absolut negativ.

†) Zu mehreren Malen sah ich plötzlichen apoplectiformen Tod ohne Krämpfe bei mässigen Deliranten, die weder in Cerebro, noch am Herzen etc. pathologische Veränderungen zeigten.

bislang nur von L. Meyer\*) und auch nur in einem anderen Sinne statuiert worden.

Die von L. Meyer mitgetheilten Fälle, zu denen Levy\*\*) jüngst einen vierten unter der Bezeichnung: „acutes tödtliches Irresein“ hinzugefügt hat, betreffen sämmtlich junge Mädchen, die nach einer Gemüthsbewegung an einer foudroyant verlaufenden Tobsucht mit meningitischen Erscheinungen (Convulsionen, Trismus, Nackenstarre, hohem Fieber) erkrankten und in kurzer Zeit (24 Stunden bis 14 Tage) starben. Die Section ergab keine Veränderungen im Gehirn, dagegen chronische krankhafte Processe im Genitalapparate, weshalb Meyer, die Krankheit als „Reflexneurose“ auffassend, dieselbe als „acute tödtliche Hysterie“ bezeichnet.

Mit Recht urgirt Levy, dass „hysterische“ Züge in seinem sonst ganz ähnlichen Falle absolut fehlten, dass es sich vielmehr um eine schwerste Psychose handelt, die sich vom Delirium acutum aber durch das Fehlen jeder postmortal nachweisbaren Entzündungs- oder Fluxionserscheinung im Gehirn oder an seinen Häuten unterscheidet.

Dass chronische Geisteskranke ganz plötzlich ohne äusserlich auffällige Symptome sterben, ist eine bekannte Thatsache — ich selbst fand ein junges leicht erregtes etwas imbecilles Mädchen Morgens tot im Bette in einer Stellung, die einen plötzlichen krampflosen Tod bewies — die Umgebung hatte absolut nichts davon bemerkt und die Section ergab ein in jeder Beziehung normales Verhalten der Organe, speciell des Centralnervensystems. Dass es Krankheitsbilder giebt, welche dauernd oder progressiv eventuell tödtlich verlaufend den Anschein erwecken, dass ihnen eine materielle Erkrankung des Gehirnes oder Rückenmarkes zu Grunde liegt, während die Section einen rein negativen Befund ergibt, ist bekannt und gerade in jüngster Zeit durch genau untersuchte und sehr interessante Beobachtungen dargethan worden.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind dabei sehr differente: Bulbarparalyse (Wilks\*\*\*), multiple Sklerose (Westphal, Langer)†), Jackson'sche Hemipilepsie mit postconvulsiver Lähmung und Hyperpyrexie (Landonzy und Siredey)††). Sehr interessant ist Bri-

\*) Acute tödtliche Hysterie. Virchow's Archiv IX.

\*\*) Acutes tödtliches Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. S. 96.

\*\*\*) Wilks, On cerebritis. Guys Hospital Reports. XXII. 189.

†) Westphal, Ueber eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung etc. Dieses Archiv XIV.

††) I. c.

stowe's\*) Beobachtung. Eine Frau, die früher an Basedow's Krankheit gelitten hatte, zeigte 2 Jahre hindurch ausser nervösen Allgemeinerscheinungen Ophthalmoplegia externa, complete sensorisch-sensible Hemianesthesia dextra mit rigider Lähmung des rechten Armes und Beines, dabei epileptische Anfälle und — unabhängig von diesen — fieberrhafte Temperaturen. Die Kranke hatte Wahnideen und war sehr reizbar, aber nicht hysterisch. Die Section war in jeder Beziehung negativ. Erwähnt sei hier, dass sowohl in diesem Falle wie in dem meinigen das gelähmte Bein die bis jetzt relativ selten beobachtete und diagnostisch noch nicht verwerthbare Erscheinung der „paradoxen Contraction“ zeigte, dieselbe war ebenfalls vorhanden in den beiden Westphal'schen Fällen.

Ausserdem zeigten die eben angezogenen vier Fälle einen weiteren gemeinsamen Zug: die psychische Störung — in vielen anderen Beziehungen ist freilich jede einzelne Beobachtung von der anderen weit verschieden.

Die Gründe, welche die Autoren der vorstehend erwähnten Beobachtungen veranlassen, dieselbe als eine besondere Neurose von der Hysterie abzutrennen — gleichmässig progressiver event. tödtlicher Verlauf, epileptische Anfälle, Temperatursteigerung etc. — kann ich für meine Beobachtung nur zum kleinen Theil geltend machen, da ja bei dem Kranken sichere epileptische Anfälle nicht constatirt wurden, der grösste Theil der Krankheitserscheinungen dagegen entschiedene Neigung zu Remissionen und Exacerbationen zeigte — dennoch hoffe ich dargethan zu haben, dass die Beobachtung manche Züge enthält, welche dagegen sprechen, dieselbe einfach als einen „ungewöhnlichen Fall von männlicher Hysterie“ zu rubriciren und die weitläufige Besprechung rechtfertigen. Aetiologisch glaube ich, den Alkoholmissbrauch für die Erkrankung verantwortlich machen zu sollen, wofür mir auch die leichte periphere Nervendegeneration bei dem zur Zeit des Todes doch keineswegs schwächlichen Kranken zu sprechen scheint — auch möchte ich zum Schluss noch hervorheben, dass die im Gesamtbilde gegenüber den nervösen Erscheinungen zurücktretende psychische Störung, die wohl charakterisirte Geisteskrankheit, am Anfang der Erkrankung (und auch später) doch eine Hauptrolle beanspruchte.

---

\*) Bristowe, Cases of ophthalmoplegia etc. Brain 1885. October.