

## VII.

# **Ein Fall von 7 Jahre lang dauerndem circulärem Irresein mit täglich alternirendem Typus bei einem mit Apoplexie behafteten Individuum, nebst Be- merkungen zur sogenannten „circulären Neurasthenie”<sup>1)</sup>.**

Von

**Dr. S. H. Scheiber,**  
Nervenarzt in Budapest.

~~~~~

Das circuläre Irresein ist bekanntlich jene Geisteskrankheit, bei der depressive und Erregungszustände in gewissen Perioden mit oder ohne Remissionen mit einander abwechseln, die unheilbar ist, und nur in sehr sehr seltenen Ausnahmen in geistige Abstumpfung übergeht. Das circuläre Irresein gehört zu den selteneren Formen der Psychosen. Aus einer Zusammenstellung von Spitzka<sup>1)</sup> geht hervor, dass unter 2300 Geisteskranken 4 pCt. an circulärem Irresein litten. Die Krankheit pflegt nur bei neuro- oder psychopathisch belasteten, oder bei solchen Individuen vorzukommen, die eine solche Disposition erworben haben, und zwar oft schon im Beginn der Pubertät, zumeist jedoch bei Erwachsenen im Alter von 20—50 Jahren, gewöhnlich im Anschluss an eine Gelegenheitsursache, wie z. B. das Puerperium, Climacterium, Typhus u. s. w. Im vorgerückteren Alter ist die Krankheit ein sehr seltes Vorkommniss.

In Betreff derjenigen Formen des circulären Irreseins, die mit Remissionen oder sog. Intervallis lucidis verlaufen, ist zu bemerken, dass viele Psychiater der Meinung sind, dass es eigentlich keine ganz freie

---

1) Vorgetragen in der am 17. November 1897 abgehaltenen Sitzung der neurologisch-psychiatrischen Section des kön. ungarischen Aerztevereines zu Budapest.

Intervalle zwischen den einzelnen aufeinanderfolgenden Krankheitsphasen giebt, dass nämlich ein gewisser Grad geistiger Störung mit abgeschwächten Symptomen auch noch während der Remissionen fortbesteht.

In Betreff des Verlaufes der Krankheit unterscheidet man bekanntlich je nach Aufeinanderfolge der einzelnen Phasen 3 Formen von circulärem Irresein:

1. Folie à double forme, wenn die Reihenfolge der einzelnen Phasen die ist: Melancholie — Manie — Intervallum lucidum; 2. eigentliche Folie circulaire, wenn die Phasen so folgen: Melancholie — Intervallum lucidum — Manie — Intervallum — Melancholie — Intervallum etc.; endlich 3. Folie alternante, wenn das Intervallum überhaupt fehlt, und depressive und exaltative Phasen unmittelbar einander abwechseln. Diese letztere Form ist von allen die schwerste und seltenste.

Die Zeitdauer der einzelnen Phasen ist eine sehr verschiedene, von einem bis zu mehreren Tagen, Wochen, Monaten und auch Jahren. Die seltensten sind diejenigen Fälle der Folie alternante, wo die beiden Phasen sich täglich abwechseln. Einen derartigen von mir beobachteten Fall nun, der auch überdies in ätiologischer und anderer Beziehung viel Interesse darbietet, will ich im Folgenden mittheilen:

H. J., 63 Jahre alt, Arzt, Vater mehrerer Kinder, war von Jugend auf stets gesund, weder neuro- noch psychopathisch belastet, führte stets eine in jeder Beziehung regelmässige und nüchterne Lebensweise, von ruhigem Temperamente, war in seinem Berufe stets fleissig, thätig und ernst. Ob er jemals an Syphilis litt, konnte zur Zeit meiner Beobachtung nicht mehr eruirt werden; darauf hinweisende Zeichen waren jedoch nicht vorhanden, von seinen 6 erwachsenen Kindern waren alle stets gesund, seine Frau hatte nie abortirt und kann daher wohl Syphilis als ausgeschlossen betrachtet werden. Er begann seine ärztliche Thätigkeit in einer Provinzialstadt Ungarns, wo er 20 Jahre hindurch thätig und ein in der ganzen Gegend gesuchter Arzt war. Er war überdies Honvéd-regiments-, Eisenbahn- und Communalarzt. Nach 20jähriger, höchst anstrengender Thätigkeit daselbst übersiedelte er nach der Hauptstadt (Budapest), wo er noch 10 Jahre hindurch in bester Gesundheit seine ärztliche Thätigkeit fortsetzte. Seine jetzige Krankheit begann im Jahre 1883, in seinem 57. Lebensjahr, wo er in Folge eines sehr empfindlichen materiellen Verlustes hochgradigen Gemüthsaufrüttungen ausgesetzt war. Zu dieser Zeit bekam er auf der Strasse einmal einen heftigen „Schwindelansfall“, so dass er mittelst Wagen nach Hause geführt werden musste, wobei er aber sein Bewusstsein nicht verlor. Nach 3 tägigem Liegen konnte er wieder ausgehen, schleppete jedoch seit dieser Zeit den rechten Fuss etwas nach.

Von dieser Zeit an hatte sich aber zugleich seine Gemüthsstimmung und sein ganzer Charakter verändert. Der früher ruhige und sanfte Mensch ward

reizbar und aufbrausend, wurde bei jeder Kleinigkeit zornig und duldeten keinen Widerspruch. Auch die Schwindelanfälle wiederholten sich öfter in geringem Maasse, er ging aber doch immerhin seiner ärztlichen Thätigkeit nach.

Ein Jahr nach dem ersten „Schwindelanfall“ (1884) bekam er wieder einen zweiten stärkeren Anfall, der aber diesmal schon von 3 Tage anhaltendem Erbrechen begleitet war. Aber auch diesmal verlor er das Bewusstsein nicht und stand nach 8 tägigem Bettlager wieder auf, um wieder seiner Praxis nachzugehen. Da aber die kleineren Schwindelanfälle sich nun noch öfter wiederholten, fürchtete er auszugehen, da er Angst hatte, überfahren zu werden. Ueberdies begann schon damals bei ihm die Erscheinung des täglich alternirenden Stimmungswechsels, insofern, als er den einen Tag in gehobener Gemüthsstimmung war, wo er oft fehlerhafte Handlungen ausübte, die er aber schon am anderen Tage, wo er in gedrückter Gemüthsstimmung war, als unrichtig erkannte.

So z. B. machte er an den Tagen mit gehobener Stimmung allerhand Einkäufe, die er nach Hause schickte, und gegen welche er gar keine Widersprüche duldeten. Auf Befragen, wozu er dies oder jenes kaufte, fuhr er gereizt auf, warum man ihn sekire, „Ihr macht mich nervös, krank“, u. s. w. So z. B. tauschte er seinen Schreibtisch von 100 fl. gegen einen viel billigeren ein. Ein anderesmal tauschte er andere Möbel gegen die seinigen ein; dann wieder kaufte er silberne Leuchter, „um seine Frau zu überraschen“. Am anderen Tage sah er den Fehler ein und erlaubte, dass die Gegenstände zurückgesendet wurden, aber an demselben Tage duldeten er diess um keinen Preis.

An den sogen. „schlechten Tagen“ wollte er keine Kranken besuchen, da, wie er sagte, er kein Gedächtniss habe, er nicht wisse, was er vom Patienten fragen solle und fürchtete, ein Recept zu schreiben. Trotzdem schickte ihn seine Frau doch zu den Kranken, und wenn sein Sohn, der ebenfalls Arzt ist, die Recepte nachsah, fand er sie ganz richtig geschrieben. Am nächsten Tage aber, nämlich an den „guten Tagen“, küsstete er seine Frau vor Freude, dass sie ihn zu den Kranken schickte, denn, sagte er, lieber sterben, als die Praxis aufgeben. Und so ging das volle 2 Jahre hindurch Tag für Tag.

Zwei Jahre nach dem 2. Anfall (1886) bekam der Kranke einen dritten „Schwindelanfall“, der ganz ähnlich dem 2. war, indem er wieder 8 Tage im Bette war und in den ersten 3 Tagen fortwährend erbrach. Vier Wochen später, als er wieder neueren Aufregungen ausgesetzt war, bekam er wieder und zwar diesmal den 4. Anfall in Form eines schweren apoplectischen Insultes mit Bewusstlosigkeit und vollständiger halbseitiger Lähmung. Von dieser Zeit an ging er dann nie mehr aus. Diesmal verbrachte er volle 12 Wochen im Bette, die Sprache war sehr erschwert, kaum verständlich, Schlucken erschwert, bei jedem Schluckact Erstickungsgefahr, sehr reichliche Salivation, die denn auch nie mehr schwand; das Bewusstsein blieb lange getrübt; der Kranke sprach allerhand Ungereimtes zusammen, war nicht orientirt, er sagte stets, er wisse nicht, wo er sei, wo er wohne und was er mache. Später kehrte das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grade wieder zurück, aber er verstand schwer, was man ihm sagte oder erklärte und vergass Alles sehr schnell wieder,

so dass er in einer Stunde schon wieder dieselbe Frage an seine Umgebung stellte, wie vordem.

Von besonderem Interesse war aber in dem Symptomencomplex, dass der täglich alternirende Typus des circulären Irreseins sich noch in höherem Maasse entwickelte, als er zuvor war. Der Stimmungswechsel trat regelmässig um Mitternacht ein und dauerte stets genau 24 Stunden. An den „schlechten Tagen“ war die melancholische Gemüthsstimmung viel ausgesprochener als zuvor. Der Kranke fühlte sich höchst unglücklich, er war sehr verstimmt und traurig, fühlte sich sehr schwach, war immer schlaftrig, trotzdem konnte er nicht schlafen und konnte wegen Dyspnoe nicht einmal liegen. An solchen Tagen hatte er „keine Gedanken“, gar keine Wünsche und Bedürfnisse, damals pflegte er zu sagen, er werde noch seinen Verstand verlieren und in die Irrenanstalt kommen. An solchen Tagen war die Sprache sehr schwerfällig, kaum verständlich, er hatte keinen Appetit und klagte über schlechten Mundgeschmack.

An den „guten Tagen“ dagegen war er übermäßig heiter, voller Hoffnungen: Ihr werdet schon sehen, sagte er, wie gesund ich noch werde, und dass ich noch der Praxis nachgehen werde! Der Appetit war ausgezeichnet, er ass viel, der Mundgeschmack gut, er interessirte sich für Alles, fragte über das Befinden der Nachbarn, was gekocht wird u. s. w. Seinen Kindern wollte er selbst die Briefe dictiren, hörte gerne Musik, auf die er oft zu tanzen anfing.

Ich sah den Patienten im November 1889 zum ersten Mal während seiner Krankheit und hatte Gelegenheit, ihn 2 Monate hindurch zu beobachten. Er war damals 63 Jahre alt. Der damalige Status praesens war folgender:

Der Kranke war von kleiner, gedrungener Statur, kräftig gebaut, breitschulterig mit kurzem Halse, trotz seines beinahe 7jährigen Erkranktseins gut genährt, Schädel brachycephal, regelmässig gebaut, Gesicht voll, etwas cyanotisch. Pupillen gleich weit, reagiren prompt, die Zunge wird gerade herausgestreckt, Gaumenbögen regelmässig. Die ganze rechte Seite gelähmt, wobei die unteren Gesichtszweige nur noch schwach betheiligt sind, dagegen die obere rechte Extremität stark contracturirt, die Finger in den Handteller stark eingezogen, die untere Extremität rigid, zeigt spastischen Gang; die rechte Hand und der rechte Fuss stark ödematös angeschwollen, cyanotisch und kalt. Athmungsorgane normal, Herzdämpfung etwas ausgedehnter, die Töne rein, der 2. Ton accentuirt. Herzstoss schwach, im 5. Zwischenrippenraum in der Mammillarlinie zu fühlen. Die Arterien rigid, Urin von normaler Menge und Beschaffenheit. Der Kranke leidet stets an Stuhlverhaltung und Schlaflosigkeit, an sehr reichlicher Salivation eines dünnflüssigen Speichels; Husten sehr selten, hat weder Kopfschmerz noch Schwindel. Appetit und Mundgeschmack wechseln, wie schon oben bemerkt, nach den „guten“ und „schlechten“ Tagen in auffallender Weise. Die Athmung ist an den „guten Tagen“ leicht, an den „schlechten Tagen“ dagegen schwer, dyspnoisch, besonders wenn er angelehnt sitzt oder liegt, obwohl äusserlich das Athmen sowohl an den schlechten als an den guten Tagen gleichmässig ruhig zu sein scheint, und auch die Athmungszahl an beiderlei Tagen gleichförmig ist, nämlich nie mehr als 16 in der

Minute. Die Pulsfrequenz ist gewöhnlich an beiderlei Tagen gleichmässig, 80 in der Minute und fällt nur selten an den schlechten Tagen bis auf 70—65 herab.

An den schlechten Tagen ächzt der Kranke fortwährend, wie wenn ihm etwas weh thäte; hierüber befragt, sagte er, er habe nirgends Schmerzen, sondern er habe ein so unendlich schlechtes inneres Gefühl, dass er unwillkürlich ächzen müsse. An diesen Tagen empfing er mich mit einem leidenden, traurigen Gesichtsausdrucke. „Sehen Sie nur,“ pflegte er dann zu sagen, „welch' elende Gestalt Sie vor sich haben!“ Zu einer solchen Zeit spricht er sehr wenig, das Sprechen fällt ihm schwer, kaum dass er Zunge und Lippen bewegt, klagt über grosse Schwäche, ist immer schlaftrig, ohne jedoch schlafen oder selbst nur liegen zu können. An solchen Tagen hat er keine Gedanken, „ich bin rath- und thatlos“, pflegte er dann zu sagen, klagte, dass weder das Electrisiren, zu welchem er sonst grosses Vertrauen hatte, und welches ich gegen die halbseitige Lähmung bei ihm applicirte, noch die innere Medication etwas nützt, „gebt mich in ein Sanatorium, macht mit mir was Ihr wollt, lieber lebendig begraben (oft verlangte er ein Messer, um sich zu entleiben), als so zu leiden.“ Auf die Frage, in was eigentlich sein Leiden bestehe, sagte er, dass eine innere Unruhe und Aufgeregtheit, allerhand bösartige Empfindungen, ein Gefühl von Weite im Kopfe, die Schwerathmigkeit, der schlechte Geschmack im Munde es sind, die ihn so sehr quälen und ihm das Leben unerträglich machen.

An den „guten Tagen“ hingegen empfing er mich sehr freundlich, mit lächelnder Miene und mit der Bedeutung, dass er mir „viel zu erzählen habe“. Damals war er sehr redselig, machte Pläne, wollte nach Abbazia, nach Wien, nach Arcó reisen, und an diesen Tagen schloss er welch' immer ihm etwa angebotenes Geschäft ohne Bedenken ab. Die Schlafmittel sind von wunderbarer Wirkung, die Brom-Chininpillen sind ausgezeichnet, hat grosse Hoffnung auf völlige Genesung, lobt seinen Appetit, wie gut ihm das Essen schmeckt, keine Spur von einem schlechten Mundgeschmack, von Schwerathmigkeit, ja er sagte, dass er so leicht athme, „als hätte er gar keinen Athem“. Der Kranke fühlt sich ganz erfrischt, seine Bewegungsenergie ist gehoben, er geht nicht nur mit der gesunden, sondern sogar auch mit der kranken, gelähmten Seite vielleicht, und um diess zu zeigen, ist er sogar einmal vor mir mit soldatenmässig aufgerichtetem Körper, und wie beim Exerciren der Soldaten mit Commandorufen 1—2, 1—2 vorbei defilirt.

Er klagt fast über keinerlei Schmerzen, hatte niemals weder Hallucinationen noch Visionen. Obwohl nun diese cyclische Stimmungsveränderung damals schon 5 Jahre lang anhielt, wollte er dennoch an den schlechten Tagen nie glauben, dass er sich am nächsten Tage besser befinden werde, dass er ganz anders sprechen und disponirt sein werde, dann half keinerlei Trostzusprechen.

Im Verlauf des Jahres 1890 habe ich den Patienten noch öfter besucht, während welcher Zeit der Status stets derselbe blieb. Im Winter 1890/91 sah ich ihn zum letzten Mal, und 1 Jahr darauf, nämlich am 7. Januar 1892 trat

der Exitus letalis ein. In diesem letzten Jahre verschwamm allmälig der Unterschied zwischen den guten und schlechten Tagen immer mehr und zwar auf Kosten der ersteren, indem er zuletzt nur von schlechten Tagen heimgesucht war. In dieser Zeit verbrachte er schlaflose Nächte und schlieft blass auf Morphiuminjectionen 2—3 Stunden. Die übrige Zeit der Nachts wollte er alle Minuten bald aufstehen, bald sich wieder niederlegen, schrie die ganze Nacht umher, so dass auch die Nachbaren im Schlaf gestört waren, fluchte auf jeden, sogar auf seine Frau und Kinder, die um ihn waren, dass sie ihm nicht helfen wollten, schrie in einem fort, dass er keinen Atem habe, dass er schlechte Empfindungen habe, dass er sterben werde. Der Speichelfluss hielt bis zuletzt an. Die letzten 4 Monate verbrachte er fortwährend nur im Bette. 2 Monate vor seinem Tode bekam er Decubitus, und in den letzten 4 Wochen nahm er nichts mehr zu sich, war ruhig und magerte stark ab.

Aus der eben geschilderten Krankengeschichte ist zu erschen, dass wir bei dem Kranken die Symptome zweier ganz verschiedener Hirnkrankheiten vor uns hatten, nämlich einen neuropathologischen Symptomcomplex mit organischen Veränderungen, bestehend in Hirnapoplexie mit schwerer rechtsseitiger Hemiplegie, und eine reine Psychose, das circuläre Irresein mit dem täglich alternirenden Typus. In Betreff Beider ist die Diagnose so einfach und augenfällig, dass es ganz überflüssig wäre, dieselbe näher zu motiviren, und ich will hier nur in Betreff der Pathogenese, in Betreff einiger Symptome und des eigenthümlichen Verlaufes derselben Einiges bemerken.

Was zunächst die Apoplexie anbelangt, so kann kein Zweifel darüber sein, dass die sich öfter wiederholenden sogenannten schweren Schwindelanfälle nichts anderes als apoplectische Anfälle waren, die auf Arteriosklerose zurückzuführen waren, indem ja einerseits diese die gewöhnlichste Ursache der Apoplexien des vorgeschrittenen Alters ist, andererseits dieselbe an den äusserlich zugänglichen Arterien nachzuweisen war. Unter den apoplectischen Anfällen waren blass der erste und vierte von auffälligen bleibenden Folgen begleitet, während der 3. und 4. Anfall ohne bleibende Ausfallserscheinungen verlief. Nach dem ersten Anfall blieb nämlich eine Parese der rechten unteren Extremität, also eine Monoplegie zurück, woraus auf einen leichten Blutaustritt in die Rinde der linken Hemisphäre und zwar im obersten Drittel der Centralwindungen oder Lobus paracentralis dieser Seite geschlossen werden kann. Nach dem 4. Anfall blieb eine schwere rechtsseitige Hemiplegie mit nachfolgender Rigidität der betroffenen Extremitäten zurück, was offenbar auf eine ausgebreitete Hämorrhagie im Bemreiche des mittleren Drittels der Capsula interna der linken Seite deutet. Der 2. und 3. Anfall hat wahrscheinlich solche Hirntheile betroffen, von welchen aus weder motorische noch sensitive Symptome

ausgelöst werden und blass die allgemeinen Symptome des Hirndruckes eintraten.

Viel schwieriger ist aber in diesem Falle die Aetiologie des circulären Irreseins zu erklären. Wie wir aus der Krankengeschichte sahen, hat sich schon nach dem ersten apoplectischen Anfall der ganze Charakter und die Gemüthsstimmung des Kranken verändert. Der Kranke wurde reizbar, regte sich um jede Kleinigkeit auf und duldet keinerlei Widerspruch. Nach dem zweiten Anfall (1884) hatte sich aber schon die sogenannte Folie alternante mit ihrem täglich alternirenden Typus entwickelt, jedoch in seiner sozusagen mildesten Form, und von dieser Zeit an verliess ihn die Krankheit nicht mehr, die ununterbrochen 7 Jahre lang, bis zu seinem Lebensende andauerte und zwar in der Weise, dass sich dieselbe nach dem 4. apoplectischen Anfalle beträchtlich zuschärfe, ohne jedoch die schwersten Grade zu erreichen, indem sich während des ganzen Verlaufes des circulären Irreseins weder Hallucinationen noch Visionen oder maniacalische Auffälle zeigten.

Das circuläre Irresein pflegt nur, wie wir dies schon eingangs erwähnten, bei psycho- oder neuropathisch belasteten Individuen und zwar zumeist im Anschlusse an verschiedene Gelegenheitsursachen vorzukommen. Was zunächst die neuro- oder psychopathische Belastung anbelangt, so finden wir bei unserem Kranken weder die eine noch die andere. Dass aber diese Krankheit ausnahmsweise auch ohne ererbte oder erworbene Disposition vorkommen kann, zeigt ein Fall von Ball (1), wo das circuläre Irresein bei einem nicht belasteten Manne nach einer Kopfverletzung aufrat und 27 Jahre andauerte. Ein solcher Ausnahmefall scheint auch bei unserem Kranken obzuwalten; dies ist aber nur scheinbar der Fall, da allerdings keine hereditäre Belastung vorliegt, dafür aber ein Moment, der geeignet ist, eine erworbene Disposition zu schaffen, und das ist der psychische Choc, der den Kranken durch schwere materielle Verluste traf. Dieser und die dadurch bedingten Sorgen, die er noch längere Zeit in sich herumtrug, haben vorerst eine latente Prädisposition geschaffen, die auf eine gegebene Gelegenheitsursache manifest geworden ist.

Ein zweites Moment, das hier in Betracht kommt, ist das Alter des Patienten, indem das Senium an und für sich ein prädisponirendes Moment für Nerven- und Geisteskrankheiten abgibt, obwohl allerdings gerade der Beginn des circulären Irreseins im höheren Alter zu den Seltenheiten gehört. So theilt Clouston (3) einen Fall von circulärem Irresein mit, wo die Krankheit erst im 70. Jahre begann. Auch Ritti (4) erwähnt einen ähnlichen Fall, wo diese Krankheit im vorgrückten Alter begann. In Zingerle's (5) statistischer Zusammenstellung

von 170 Alterspsychosen (unter im Ganzen 2870 Geisteskranken) sind blos 2 Fälle von periodischer Geistesstörung, aber kein Fall von circulärem Irresein verzeichnet.

Was aber die Gelegenheitsursache betrifft, so kann in unserem Falle kein Zweifel darüber obwalten, dass die Gehirnapoplexie die Gelegenheitsursache des circulären Irreseins sei. Wenn man nun einen oberflächlichen Vergleich zwischen dem Falle von Ball und dem Meinigen anstellen will, so könnte man sagen, dass in meinem Falle ein inneres Trauma, in dem von Ball ein äusseres Trauma die directe Ursache des circulären Irreseins war, obwohl man auch im letzteren Falle eine innere Schädigung des Gehirns, wenn auch nur in Form einer sogenannten Gehirnerschütterung annehmen muss. Man kann in unserem Falle den Zusammenhang des Leidens mit den apoplectischen Insulten Schritt für Schritt verfolgen, indem nach dem ersten leichten apoplectischen Anfälle bloss die Gemüthsstimmung und der Charakter des Kranken eine Veränderung erlitt, aber schon nach dem 2. Anfall unmittelbar die Psychose in klarer Form zur Entwicklung kam, die sich nach dem 4. Anfälle nur noch gesteigert hat.

Wir haben es also in unserem Falle jedenfalls mit einer organischen Gehirnkrankheit zu thun, die die funktionelle Psychose der alterante quotidienne hervorrief. Aus der Literatur sind genug Fälle verzeichnet, wo sich im Verlaufe organischer Erkrankungen des Gehirns verschiedenartige Psychosen entwickelten. Krafft-Ebing (6) zählt folgende anatomische Veränderungen des Gehirns auf, die zu psychischen Krankheiten Anlass geben können: Chronische Meningitis, Apoplexie, Atherosose der Arterien mit encephalitischen Erweichungsherden, multiple Hirnsklerose, Tumoren, Cysticerken, Echinococcus und endlich Kopfverletzungen.

Was zunächst die Neoplasmen anlangt, so geht aus einer neuerlichen Zusammenstellung von Gianelli (7) hervor, dass unter 588 Fällen von Hirnneoplasmen 323, also die Mehrzahl, mit Geistesstörungen, während 265 ohne solche verliefen. Von den mit Geistesstörungen verlaufenden Fällen waren die meisten im Grosshirne (Frontallappen) localisiert, die zunächst meisten im Kleinhirn und Hypophysis cerebri. Von den Fällen mit Localisation im Kleinhirn überwiegt die Zahl der nicht mit Geistesstörung Einhergehenden (58). Fälle von Hirnneubildungen mit circulärem Irresein werden nicht erwähnt.

Auch ich habe auf der 24. Wanderversammlung der ungarischen Aerzte und Naturforscher in Tátra Füred bei Gelegenheit eines Vortrages über Bulbär- und Pseudobulbärparalysen einen Fall mitgetheilt, wo bei einem 40jährigen Manne, der über 10 Jahre an schwerer Hypo-

chondrie litt, und dem Leben mittelst Suicidium durch Erhängen ein Ende machte, bei der gerichtsärztlichen Obduction ein Neoplasma vorgefunden wurde, das fast den ganzen linken Lappen des Kleinhirns einnahm, ohne dass man im Leben ein solches geahnt hätte, da sowohl allgemeine als Herdsymptome fehlten. Die Consistenz der Geschwulst war weich, wurde aber mikroskopisch nicht untersucht. Indess lässt sich aus dem langsamem Wachsthum schliessen, dass es ein Gliom gewesen sein dürfte (8).

Was unter den organischen Hirnkrankheiten das Verhältniss der Hirnapoplexie zu den Geisteskrankheiten anlangt, so hat unter Anderen Marandon de Montyel (9) bei 2 sehr belasteten Individuen nach Hirnapoplexie, Angstzustände, Agoraphobie, Onomatomanie und ähnliche Zustände beobachtet, wie auch schon vor ihm Journiac und Séglas derartige Fälle beschrieben hatten. In 5 Fällen von Apoplexie hat Mendel (10) hallucinatorische Verrücktheit beobachtet. Zingerle (5) theilt seine Fälle von Alterspsychosen in 2 Kategorien ein, nämlich 1. in eigentliche senile Psychosen im engeren Sinne (Involutionspsychosen), und 2. in Dementia senilis (senile Arteriosklerose). Die erstere Categorie war unter seinen 170 Fällen in 39 Fällen, also kaum  $\frac{1}{3}$  der Gesamtsumme, die zweite in 131 Fällen vertreten.

Die zur ersten Gruppe gehörigen Geistesstörungen sind funktioneller Natur, die einfach zum Senium hinzutreten, nicht zur eigentlichen Demenz führen und heilbar sind (einfache funktionelle senile Psychosen), während die zur zweiten Categorie gehörigen auf Arteriosklerose beruhen, in Abnahme des Gedächtnisses, der Intelligenz und des ethischen Gefühls bestehen, und zum senilen Blödsinn führen. Die Fälle der zweiten Categorie werden endlich noch in 2 Unterarten eingetheilt, in solche nämlich, die mit Herdsymptomen (Apoplexie, Erweichung) und ohne solche verlaufen.

Wenn wir uns nun fragen, in welche dieser Categorien unser Fall eingereiht werden kann, so ist dies dahin zu beantworten: in keine derselben, indem wir es hier mit einer auf Arteriosklerose beruhenden Apoplexie zu thun haben, zu der das circuläre Irresein hinzutrat. Nun aber ist das circuläre Irresein nach Meynert diejenige psychische Krankheit, die von allen am ehesten die Benennung einer funktionellen Psychose verdient, da dieselbe selbst nach sehr langem Bestande entweder gar keine oder nur in den seltensten Fällen eine Abnahme der Intelligenz zeigt, und demnach auf gröbere pathologische Veränderungen nicht geschlossen werden kann. Aus diesem folgt aber, dass es Fälle giebt, die sich nicht in den Rahmen der obigen Eintheilung der Alterspsychosen einreihen lassen.

Von den übrigen organischen Erkrankungen des Gehirns ist besonders die allgemeine Paralyse hervorzuheben, bei der schon öfter das circuläre Irresein beobachtet wurde. So unter Anderem von Mendel (11). In einzelnen Fällen sogar in der höchst seltenen Form der Folie alternante mit täglich wechselndem Typus, wie in unserem Falle. Derartige Fälle von allgemeiner Paralyse mit dem letztgenannten Typus des circulären Irreseins haben vor längerer Zeit Oebecke (12), in neuerer Zeit Buddeberg (13) und Fränkel (14) (Dessau) beschrieben. Auch wurden mehrere Fälle von circulärem Irresein im Verlaufe der Tabes dorsalis beschrieben. So z. B. ein Fall von Müller (15). Indess dürften diese Fälle auch nur eine Erscheinung, der sich mit der Tabes so oft complicirenden Dementia paralytica gewesen sein.

Tägliche Schwankungen der Urinmenge, wie sie Schäfer (16) bei einem Falle von circulärem Irresein je nach dem depressiven oder maniacalischen Stadium constatiren konnte, wurden in unserem Falle nicht beobachtet. Schwankungen im Körpergewichte, wie sie von einigen Autoren bei circulärem Irresein beschrieben wurden, sind bei der täglich alternirenden Form ja überhaupt nicht denkbar.

Was die bei unserem Kranken beobachteten auffälligeren somatischen Erscheinungen betrifft, so waren dieselben folgende: 1. Rechtsseitige Hemiplegie mit Contracturen und ödematischer Anschwellung der distalen Theile der betreffenden Extremitäten; 2. Die Salivation; 3. Der Decubitus und die starke Abmagerung gegen Ende des Lebens. Ad. 1 und 3 ist nichts weiter zu bemerken; dagegen wollen wir von den somatischen Erscheinungen den 2. Punkt, nämlich die Salivation, und dann noch ein nervöses Symptom, nämlich die Dyspnoe an den depressiven Tagen mit einigen Worten besprechen.

Die reichliche Salivation, die von dem 2. apoplectischen Anfalle bis zu seinem Lebensende den Kranken so sehr plagte, konnte ebenso gut von der Apoplexie, als auch von der Psychose abhängig gewesen sein, da dieses Symptom bekanntlich bei dem einen eben so gut als bei dem anderen dieser beiden Leiden vorkommen kann. Da der Speichel ein dünnflüssiger war, so ist anzunehmen, dass derselbe aus der Unterkieferspeicheldrüse stammt, da der aus der Parotis stammende zähe und dickflüssig ist.

Interessant waren noch bei unserem Kranken die Schwankungen des Athmens an den „guten“ und „schlechten“ Tagen. Obwohl nämlich in der Frequenz der Athemzüge kein Unterschied zu constatiren war, zwischen den schlechten und guten Tagen, da dieselbe stets an beiden Tagen 16 in der Minute war, und äusserlich an beiderlei Tagen

gleichmässig und ruhig zu sein schien, so klagte doch der Kranke an den melancholischen Tagen über Schwerathmigkeit, die beim Anlehnen oder im Liegen sich beträchtlich steigerte und den Kranken so sehr plagte, dass dies eigentlich eine seiner Hauptklagen bildete. In dieser Beziehung fand ich nun interessante Mittheilung in der einschlägigen Literatur verzeichnet, auf die ich hier kurz reflectiren will.

Schäfer (12) war der erste, der in einem Falle von circulärem Irresein Schwerathmigkeit beobachtete. Wenigstens sagt er in seinem Aufsatze, dass vor ihm seines Wissens Asthma bei Geisteskrankheiten noch Niemand beschrieb. Nach ihm constatirte auch Schubert (18) bei einem Falle von circulärem Irresein Asthma, beide aber beobachteten das Asthma gerade umgekehrt im maniacalischen Stadium, während in meinem Falle das Asthma gerade umgekehrt im melancholischen Stadium vorhanden war.

Rossi (19) experimentirte an Geisteskranken in Betreff der Veränderungen im Athmen, und fand, dass die mit dem Marey'schen Pneumographen gezeichneten Curven bei depressiven Zuständen sehr niedrige waren, d. h. die Athmung war sehr oberflächlich, während die Curven in maniacalischen Zuständen hoch waren, d. h. dieselben zeichneten sich durch hohes Ansteigen und steiles Abfallen aus, was soviel sagen will, dass das Athmen tief und kräftig war. Obwohl ich nun bei meinem Kranken keine Curven aufnahm, glaube ich doch, dass diese Experimente vollständig mit den bei meinem Kranken beobachteten Erscheinungen im Einklang zu bringen sind, da derselbe an den schlechten Tagen über kurzes (oberflächliches) Athmen klagte, während er an den guten Tagen leicht und gut athmete; denn wenn in derselben Zeit einheit und gleichen Dauer einer jeden Respirationsphase einmal die Respiration oberflächlich, das anderemal tief ist, so muss bei oberflächlicher Respiration weniger Sauerstoff ins Blut gelangen, als bei tiefem Athmen, und demnach im ersten Falle Sauerstoffhunger, d. h. Dyspnoe eintreten.

Zum Schlusse will ich noch einige Bemerkungen zu den in neuerer Zeit von mehreren Seiten mitgetheilten Fällen von sog. periodischer und circulärer Neurasthenie machen. So viel ich weiss, war Sollier (20) der Erste, der auf Fälle von Neurasthenie aufmerksam machte, bei welchen nach Analogie der echten Folie circulaire Erregungs- und Depressionszustände mit einander abwechseln. Der Verlauf dieser Fälle soll ein progressiver sein, und soll sogar nicht selten zu einer gewissen Abnahme der höheren intellectualen Functionen führen, eine Erscheinung, die selbst bei der wirklichen Folie circulaire nur ausnahmsweise beobachtet wird. Nun kommt ja bei jeder schwereren Neur-

asthenie eine Abnahme der intellectuellen Functionen war, sowie Gedächtnisschwäche, Zerstreutheit, Erschwerung des Denkens, des Concipirens u. s. w., aber diese Symptome heilen wieder mit der Neurasthenie, sowie denn Jeder die Neurasthenie allgemein für eine zwar schwer heilbare, aber nicht für eine progressive, unheilbare Krankheit hält.

Nach Sollier beschrieb sogar Oddo (21) einen Fall von täglich alternirender Form von Neurasthenie circulaire. Schwerer Neurastheniker, 40 J. alt, bei dem seit längerer Zeit regelmässig abwechselnd ein Tag mit gutem und ein Tag mit schlechtem Befinden zu beobachten war. An den „guten Tagen“ spricht Patient viel, ist in gehobener, leicht erregter Stimmung, alles scheint ihm leicht ausführbar. An den „schlechten Tagen“ fühlt er sich entmuthigt, bedrückt, schlaftrig, geistig und physisch schlaff und erschöpft. Dieser Fall von „Neurasthenie circulaire“ stimmt also fast ganz mit meinem Falle von Folie alterante überein, und ich halte auch den von Oddo veröffentlichten für nichts Anderes, als für Folie alterante, nur noch leichteren Grades als den meinigen.

Auch in den Fällen von Dunin (22) findet man überall die wohl ausgesprochenen Züge psychischer Erkrankungen (Folie de doute u. s. w.) vor.

Wenn wir nun die Neurasthenie als reizbare Schwäche, als Ermüdung, als Erschöpfungskrankheit des Nervensystems, der motorischen und geistigen Functionen bezeichnen, so ist kaum denkbar, dass ein solcher Zustand auch zugleich, wenn auch periodenweise mit heiterer Gemüthsstimmung, mit erhöhter Willensenergie und Thatendrang einhergehen könne, sowie dies z. B. in meinem Falle an den guten Tagen in die Erscheinung tritt, wenn der Patient Pläne macht, redselig ist, ein jedes sich im darbietende Geschäft ohne Bedenken mit Leichtigkeit abmacht, sowie dies auch bei Oddo's Patienten der Fall ist, oder wie in einem der Fälle von Dunin, wo der Patient in der Erregungsperiode von Thatendrang erfüllt die ganze Nacht hindurch munter und rastlos fortarbeitet. Der Neurastheniker ist im Gegentheil stets von dem Gefühl der Verstimtheit, der Erschöpfung, des Gebrochenseins der geistigen und physischen Kraft geplagt. Wenn bei Neurasthenie von Reizerscheinungen gesprochen wird, so sind diess die der leichten Reizbarkeit des ermüdeten, erschöpften Nerven analogen Erscheinungen, die der psychischen Hyperästhesie, indem der Kranke auf jede Kleinigkeit leicht erregbar ist, leicht in Zorn geräth, auf jedes plötzliche Geräusch, schon auf das des Thüröffnens erschrickt, Herzklappen bekommt: und ferner von allerhand Schmerzen und Angstgefühlen geplagt wird. Aber keineswegs jene Erregungszustände, die mit Euphorie, mit gehobener

Stimmung, erhöhtem Selbstgefühl, und mit aus erhöhtem Thatendrang einhergehender Polypraxie auftreten.

Wohl können bei einem Neurastheniker die neurasthenischen Erscheinungen aufhören und in gewissen Perioden wiederkehren, wie auch ich mehrere solcher Fälle beobachtete, und demnach die Aufstellung einer periodischen Neurasthenie rechtfertigt erscheinen, aber für die der circulären Neurasthenie fehlt jede Basis, indem der Begriff einer heiteren, mit Ideenflucht und Thatendrang einhergehenden Neurasthenie im krassesten Widerspruch mit dem steht, was man bis jetzt als Neurasthenie bezeichnet.

Wenn man von circulärem Irresein spricht, so versteht man darunter eine Geisteskrankheit, bei der sich 2 Psychosen von ganz entgegengesetztem Character periodenweise einander abwechseln, nämlich Melancholie und Manie, aber eine Neurose, die einen der Neurasthenie entgegengesetzten Character hätte, und die sich in bestimmten Zeiträumen mit der eigentlichen Neurasthenie abwechseln würde, kennen wir nicht. Wohl giebt es eine Neurose, bei der traurige Stimmung mit mitunter ausgelassener Heiterkeit abwechseln kann, nämlich die Hysterie. Dies wird aber bei dieser episodenweise, aber keineswegs in regelmässigen Zeitperioden beobachtet, und es ist auch bis jetzt noch Niemandem eingefallen, von einer circulären Hysterie zu sprechen. Um so weniger kann die Aufstellung einer analogen Form von Neurasthenie am Platze sein.

Auch der Symptomcomplex, den Ziehen (23) für die Neurasthenie als characteristisch hinstellt, rechtfertigt meine Auseinandersetzung. Als Hauptsymptome für die Neurasthenie zählt Ziehen folgende auf: 1. Stimmungsanomalie (krankhafte Reizbarkeit); 2. Krankhafte Ermüdbarkeit der Ideenascociation; 3. Krankhafte Ermüdbarkeit der motorischen Innervationen; 4. Sensorische und sensible Hyperästhesien und Hyperalgesien; 5. Schmerzen (Töpinalgien) und Parästhesien (z. B. Kopfdruck) und 6. Agrypnie. In diesem Symptomcomplex ist kein einziges Symptom enthalten, welches Euphorie, heitere Stimmung des Kranken verursachen könnte. In Bezug auf das Denkvermögens und die Ideenascociation sagt z. B. Ziehen, dass die Geschwindigkeit des Vorstellungsablaufes herabgesetzt, ein leichter Grad von Denkhemmung vorhanden sei, die gelegentlich so gross werden kann, dass momentan die Ideenascociation ganz stockt. Von einer solchen Form von Neurasthenie, wo im Gegensatz zu diesem Ideenflucht, gesteigertes Vorstellungsvermögen, erhöhte Muskelenergie u. s. w. sich abspielen würde, spricht auch Ziehen nicht.

Ich bin also geneigt die Fälle von Sollier, Oddo und Dunin nicht als „Neurasthenie circulaire“ anzuerkennen, sondern dieselben als „Folie circulaire“ milderen und mildesten Grades, oder wenn man will, als „Formes frustes“ des circulären Irreseins zu betrachten, umso mehr, da auch Sollier die von ihm bezeichneten Formen als progressive und demnach unheilbare Krankheiten bezeichnet, die manchmal sogar in bleibende Abnahme der höheren intellectuellen Functionen übergehen sollen. Allerdings kann die Neurasthenie ein Bindeglied oder vielmehr die Anfangskrankheit für verschiedene Neurosen und Psychosen bilden, indem dieselbe in Hysterie, in Hyponchondrie, Melancholie und andere Psychosen übergehen kann, das Alles hat aber mit dem, was die obengenannten Autoren unter „circulärer Neurasthenie“ verstehen, nichts gemein.

---

### Literatur.

1. Th. Diller, Circular insanity, a contrubition of the study etc. The alienist and Neurologist. 1890. IX. p. 175. — Neurolog. Centralblatt. 1890. S. 473. In diesem Aufsatze erwähnt D. die Statistik von Spitzka. —
2. Ball, Annales méd.-psychologiques. 1880. p. 192. — 3. T. S. Clouston, Edinburgh med. Journal. 1882. — 4. Ritti, Les Psychoses de la vieillesse. Ref. von G. Ilberg im Neurolog. Centralblatt. 1898. S. 659. — 5. H. Zingerle, Ueber Geistesstörung im Greisenalter. Jahrbücher f. Psych. u. Neurologie. 1899. XVIII. Bd. 1. u. 2. Heft. S. 256. — 6. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. V. Aufl. S. 177. — 7. Gianelli, Hirnneoplasmen und Geisteskrankheiten. Refer. in der Münch. med. Wochenschr. 1897. No. 52. —
8. S. H. Schreiber, Ueber Bulbär- und Pseudobulbärparalyse. Gyógyászat. 1888. No. 39. (Ungarisch). — 9. Marandon de Montyel, Gazette des hôpitaux. 1892. Octobre. — 10. Mendel, Psychische Störungen nach Hirnhæmorrhagie. Deutsche med. Wochenschrift. VIII. Bd. No. 4. — 11. Mendel, Ein Fall von circulärer Form der progressiven Paralyse. Die progressive Paralyse. Berlin 1880. — 12. Oebecke, Allg. Zeitschr. für Psych. u. Nervenkrankheiten. 37. Bd. S. 571. — 13. Buddeberg, Zur Kasuistik der allgem. Paralyse mit circulärem Verlaufe. Allgem. Zeitschr. für Psych. u. Nervenkr. 48. Bd. S. 689. — 14. Fränkel (Dessau), Ein Fall von circulärer Form der progressiven Paralyse. Neurol. Centralblatt. 1895. S. 1110. — 15. Müller, Circuläre Psychose in Folge von Tabes. Allg. Zeitschr. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. 37. Bd. S. 413. — 16. A. Schäfer, Stoffwechsel bei einem eigenartigen Fall von circulärem Irresein. Neurolog. Centralbl. 1896. S. 1067. —
17. A. Schäfer, Ein Fall von circulärer Geistesstörung. Beitrag zur Lehre

von den cyclischen Psychosen. Neurolog. Centralblatt. 1882. No. 8—11. — 18. Schubert, Zur Pathologie des circulären Irreseins. Neurol. Centralblatt. 1890. S. 450. — 19. Rossi, Die Veränderungen des Athmens bei Geisteskranken. Rivista sperimentale di freniatria. Vol. XIX. fasc. 2—3. Allgem. Zeitschr. f. Psych. u. Nervenkr. 1894. Literaturber. S. 73. — 20. P. Sollier, Sur une forme circulaire de la Neurasthenie. Revue de Médecine. 1893. p. 1009. — 21. C. Oddo, Neurasthenie circulaire à forme alternante quotidiane. Revue de Méd. 1894. Juillet. — 22. Dunin, Ueber periodische, circuläre und alternirende Neurasthenie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1898. Bd. XIII. p. 147. — 23. Ziehen, Artikel „Neurasthenie“ in Eulenburg's Realencyclopädie d. gesammten Heilkunde. III. Aufl.

---