

Über organische Symptome bei neuropathischen Zuständen.

Von

Prof. N. Toporkoff (Universität in Irkutsk).

(Eingegangen am 7. September 1926.)

Die Neuropathologie als eine der jüngsten klinischen Disziplinen ist bisher reich an sog. funktionellen Erkrankungsformen. Der Kreis dieser Erkrankungen wird allmählich enger. So ist die bisher zu den Neurosen gehörende Chorea in die Zahl der organischen Formen aufgenommen worden. Schon längst wird die Epilepsie in zwei Untergruppen — die symptomatische und die essentielle — geteilt; beide Variationen jedoch nehmen eine feste Stellung in der Reihe der organischen Prozesse ein.

Die Hysterie und die Psychasthenie, deren organisches Substrat noch unerfaßbar ist, bewahren bis jetzt den Ruf funktioneller Erkrankungen. Hierher gehören ebenfalls eine ganze Reihe neurotischer Formen: Tic convulsif, Enuresis nocturna, Stottern u. a. Für alle diese wird die Abwesenheit organischer Anzeichen einer Nervensystem-Erkrankung als charakteristisch angesehen. Dies ist einer der Momente, auf denen sich ihr Ruf als funktionelle Erkrankungen stützt.

Gleicherweise werden für die meisten der angeführten klinischen Formen verschiedenartige degenerative Anzeichen für gesetzmäßig gehalten. In der Zahl der letzteren figurieren solche Stigmata, wie Akrocyanose, Akrohyperhidrose, Hypothermie an den Füßen u. a. Sie sind unlängst von Dr. Aronowitsch¹⁾ als gewöhnliche Erscheinungen bei Enuresis nocturna beschrieben worden.

Ich halte es für nützlich, die klinischen Formen, von welchen hier die Rede ist, vom Standpunkt der An- oder Abwesenheit sog. organischer Anzeichen einer Nervensystem-Erkrankung zu betrachten. Es sind hier Pupillenstörungen und Störungen der Sehnenreflexe ins Auge gefaßt. Aus einem großen Material führe ich hier je 3 Beobachtungen an, welche sich auf Hysterie, Tic convulsif, Enuresis nocturna und Stottern beziehen.

Beob. 1. B—wa, Jungfrau, 18 Jahre alt. Heftig zum Ausdruck kommende Hysterie. Hysterische Erscheinungen seit der Kindheit. Die linke Pupille ist weiter; leichte Parese des rechten Facialis. Kniestreflex schlaff.

Beob. 2. B—ik, Jungfrau, 18 Jahre alt, Seit der Kindheit sehr nervös. Im 13. Lebensjahr Erschrecken mit nachfolgendem Delirium und Aufschreien. In letzter Zeit Anfälle heftiger Hysterie. Die linke Pupille etwas weiter; der linke Kniestreflex etwas schlaff.

Beob. 3. Ma—wa, 14 Jahre alt. Von Kind auf sehr nervös. Im letzten Jahre Verschlimmerung. Globus. Einst hatte sie Astasie-Abasie. Die rechte Pupille weiter, die Kniereflexe etwas schlaff.

Beob. 4. B—in, Mann, 20 Jahre alt. Psychasthenie — Syndrom mittleren Grades, „Schüchternheit, Furcht zu erröten“. Die linke Pupille weiter. Der rechte Kniereflex höher; der linke Achillesreflex höher; leichter Romberg.

Beob. 5. M—in, Mann, 26 Jahre alt. Typisches Bild der Psychasthenie: Schüchternheit, „Furcht zu erröten“ Befürchtungen, erregter Zustand, lästige Neigungen. Die linke Pupille weiter. Der linke Kniereflex erhöht.

Beob. 6. L—v. 23 Jahre alt. Typisches Bild der Psychasthenie (Nervosität, Schüchternheit, Befürchtungen, Neigung zur Depression). Die linke Pupille weiter. Die Kniereflexe deutlich erhöht. Der linke Kniereflex höher.

Beob. 7. D—y, $9\frac{1}{2}$ Jahre alt. „Blinzeln“ während ungefähr eines Monats; krampfartiges Zurückwerfen des Kopfes; krampfhaftes, ruckartiges Biegen des Armes im Ellenbogengelenk; dasselbe beim Bein während des Gehens. Die linke Pupille weiter; die Konfiguration der rechten ist leicht verändert. Der linke Kniereflex ist schlaff, der rechte etwas schlaff.

Beob. 8. P—tsch, Knabe, 9 Jahre alt. „Blinzeln“ im Laufe von vier Monaten, zuckt mit der Schulter. Die rechte Pupille ist um ein wenig weiter; die Konfiguration der linken ist verändert. Die Kniereflexe N? (etwas schlaff?).

Beob. 9. D—in, 9 Jahre alt. Im Laufe von 9 Monaten Tic (Arm, Bein, Nase). Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren wurden adenoiden Wucherungen entfernt. Der linke Kniereflex höher. Die linke Pupille weiter.

Beob. 10. J—ky, 12 Jahre alt. Bis jetzt Enuresis nocturna. Die linke Pupille weiter. Die Kniereflexe etwas schlaff (der linke etwas erhöht).

Beob. 11. W—in, 13 Jahre alt. Bis zum 11. Jahre Enuresis nocturna. Die rechte Pupille weiter; die Reaktion beider etwas träge.

Beob. 12. B—d, Mädchen, 8 Jahre alt. Bis jetzt Enuresis nocturna et diurna. Die linke Pupille weiter.

Beob. 13. W—aw, 10 Jahre alt. Stottert (nach Erschrecken). Die rechte Pupille weiter. Die Reaktion beider etwas träge. Herabgesetzte Kniereflexe.

Beob. 14. A—r, Mädchen, $4\frac{1}{2}$ Jahre alt. Stottert seit 6 Monaten. Jetzt durch einen Bettler erschreckt worden. Das Stottern vergrößert sich. Die linke Pupille ist etwas weiter. Der linke Kniereflex schlaff.

Beob. 15. T—aya, 8 Jahre alt. Vor zwei Jahren erschreckt. Von da an stottert sie. Die linke Pupille ist weiter. Bei allen soeben beschriebenen Kranken finden wir sog. organische Symptome. In einigen Fällen sind sowohl Pupillen- als auch Sehnenreflexstörungen vertreten; in anderen wieder entweder das eine oder das andere; einige weisen nur irgendein Symptom auf (Anisokorie). Bei einigen Kranken ergeben die organischen Symptome das Bild der „Tabes incipiens“ (siehe *Beob. 13*).

Ich habe absichtlich Fälle gewählt, welche sich hauptsächlich auf das Kindesalter beziehen. Dieser Umstand setzt den Verdacht einer erworbenen Lues, welche die bei unseren Kranken festgestellten organischen Symptome leicht erklären würde, auf das Minimum herab. Aus demselben Grunde habe ich Fälle eines positiven W. nicht gewählt. Was die Hysterie und Psychasthenie anbetrifft, mußte ich in bezug auf das Alter weniger wählerisch sein, weil diese Formen bei Kindern in diagnostischer Hinsicht selten ein unanfechtbares Bild ergeben. Alle hierher gehörenden Kranken haben eine vollkommen reine Personäl-anamnese.

Die angeführten 15 Beobachtungen sind typisch für jene umfangreiche Gruppe von Krankheitsfällen, welche in den Begriffen „Neuropathische Vererbung, neuropathische Konstitution“ zusammengefaßt werden. Zu den hier angeführten Formen wäre es richtig, noch die sog. „Augenmigräne“²⁾ und die Raynaudsche Krankheit³⁾ hinzuzufügen.

Auf Grund jahrelanger Beobachtungen erlaube ich mir zu behaupten, daß die Sehnenreflex-Störungen und die Pupillenveränderungen bei den sog. Neurosen eine gewöhnliche Erscheinung darstellen. Wenn man aber feine Störungen in Betracht zieht, so sind sie unbedingte Erscheinungen.

Diese Behauptung widerspricht der allgemein verbreiteten Ansicht.

Darkschewitsch erwähnt in seinem Kapitel über „Tic“ kein Wort über Sehnenreflexe und Pupillenveränderungen. Im Kapitel über Psychasthenie von Pupillen kein Wort; „Sehnenreflexe sind meist erhöht“. Bei Hysterie gibt *Darkschewitsch* sowohl Störungen der Sehnenreflexe — unter anderem ihr Erlöschen —, als auch Pupillenstörungen zu. Dieses bezieht sich auf epileptische Zustände und hat dann einen vorübergehenden Charakter. Die Pupillenstörungen werden im speziellen mit solchen Symptomen, wie der hysterische Meteorismus und Enterospasmus, gleichgestellt. Es wird jedoch zugegeben, daß solche Störungen auch unabhängig von Anfällen auftreten können. Es wird auch die Möglichkeit eines hysterischen Argyll-Robertson, eines Babinsky u. a. zugegeben. Aber all dieses wird als eine „durch die Neurose selbst bedingte Erscheinung“, d. h. als ein Symptom dynamischen Ursprungs angesehen.

Die eben angeführte Arbeit des Dr. *Aronowitsch* erwähnt nur in einem Falle (aus 26) die Schlaffheit der Achillesreflexe. Alle übrigen Kranken sind durch kein einziges organisches Symptom kompromettiert.

Dasselbe sehen wir in der kürzlich erschienenen Arbeit des Dr. *Sayzeff*⁴⁾.

Die im Sinne organischer Symptome allgemein anerkannte Sterilität bei allen uns interessierenden Formen, macht die Psychogenie, als Hauptquelle ihrer Entstehung, verständlich. Nicht weniger verständlich ist die Psychotherapie, in allen ihren verschiedenen Formen, als fast einzige Methode ihrer Bekämpfung.

Als eine der seltenen Ausnahmen erscheint der Versuch des Prof. *Michailoff*⁵⁾, die Enuresis nocturna mit Hypophysenpräparaten zu behandeln.

Der Autor begründet seine Auffassung des hypophysären Ursprungs der Enuresis auf die Erfolge seiner Therapie und auf die röntgenologisch festgestellte Entstellung der Konfiguration der Sella turcica.

Es sei hervorgehoben, daß ein Teil der Kranken des Prof. *Michailoff* Erscheinungen der Dystrophia adiposo-genitalis darstellen.

Ich will mich hier nicht damit aufhalten, wie weit der Zusammenhang zwischen einer Funktionsstörung der Hypophysis und der Enuresis nocturna die Frage über die Ätiologie der letzteren entscheidet. Im

Gründe wirft dieser Zusammenhang, wenn es gelänge, ihn festzustellen, eine neue Frage auf: Wodurch wird die Funktionsstörung der Hypophyse hervorgerufen?

Beispiele des Suchens nach einer Ätiologie bei Drüsenerkrankungen mit innerer Sekretion findet man in den Arbeiten von Prof. M. Nonne⁶) Dr. S. Steinberg⁷) und Prof. W. H. Manjkowsky — Dr. L. J. Tscherny⁸).

Die hier bei neuropathischen Zuständen angeführten organischen Symptome verdienen eine besondere Aufmerksamkeit.

Sie untergraben bis zu einem gewissen Grade die verbreitete Meinung über den „funktionellen“ Charakter solcher Erscheinungen.

Einzelne auftretend oder schwach angedeutet sind diese Symptome immer auf Lues verdächtig. Wenn aber deutlich ausgeprägt und zahlreich, so wird die Frage über die luetische Natur des vorliegenden Falles viel bestimmter.

Von diesem Standpunkt aus gewinnen die degenerativen Stigmata, welche bei neurotischen Zuständen verschiedener Art beobachtet werden, eine große Bedeutung.

Gewöhnlich werden sie als etwas Selbstwertiges angenommen und erwecken nicht den Verdacht über die Entstehungsursachen der Degeneration in der entsprechenden Familie. Schon die bei einem Kranken vorkommenden degenerativen Anzeichen und organischen Symptome, wenn auch nur für Lues verdächtig, verleihen dem Falle als Ganzes eine luetische Färbung. Die durch diese Kennzeichen diktierte genaue Untersuchung der ganzen Familie des Kranken wird in den meisten Fällen den „Verdacht“ zur Gewißheit werden lassen, mit allen Folgen in bezug auf Therapie und Prognose. Ich denke, daß beharrliches Nachsuchen die organischen Symptome bei neurotischen Erkrankungen jeglicher Art zu einer alltäglichen Erscheinung machen werden.

Diese Umstände müssen einerseits die übermäßig weiten Grenzen der Psychogenie verengern; anderseits aber einem gewissen Teil der verschwommenen Kategorie degenerativer Zustände eine bestimmte ätiologische Basis schaffen.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ Aronowitsch, G.: Zur Symptomatologie d. Incontinentia urinae. Wratschebnaia gaveta. 1924, Nr. 18. — ²⁾ Toporkoff, N.: Augenmigrän, Korsakowsches. Journal f. Neuropathol. u. Psychiatrie. 1925, Nr. 1. — ³⁾ Toporkoff, N. u. Ch. B. Chodos: Zur Frage der Ätiologie der Raynaudschen Krankheit. Wratschebnoje obosrenije. 1925, Nr. 7. Berlin. — ⁴⁾ Zaizeff, H.: Beitrag zur Enuresis infantum. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 90, H. 1—2. — ⁵⁾ Michailoff: Enuresis nocturna bei Kindern. Journal dlja ussowerschenstwowanija wratschei. 1923, Nr. 1. — ⁶⁾ Nonne, M.: Syphilis und Nervensystem. 1924. — ⁷⁾ Steinberg, S. U.: Das hypophysäre Syndrom und Lues. Vortrag im Medizin. wissenschaftlichen Verein. Irkutsk. 1925. — ⁸⁾ Manjkowsky, B. N. und L. J. Tscherni: Zur Frage der hypophysären Form der Hirn-Syphilis. Sowremennaja Psychoneurologia. 1925, Nr. 1. Kiew.