

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Königsberg i. Pr.  
[Direktor: Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. E. Meyer].)

## Zur multiplen Blutdrüsensklerose.

Von

**Dr. Otto Finekh,**  
Assistent der Klinik.

Mit 13 Textabbildungen.

(Eingegangen am 15. Februar 1928.)

Noch immer ringt das Krankheitsbild der pluriglandulären Insuffizienz oder multiplen Blutdrüsensklerose (*Falta*) um seine Berechtigung. Zweifellos besteht die große Gefahr der Verwässerung der mühsam herausgearbeiteten Krankheitsbilder, die auf Störung innerer Sekretion beruhen, wenn man in der klaren Erkenntnis, daß absolute Hyper- und Hypofunktionen isolierter Blutdrüsen tatsächlich kaum vorkommen, gewissermaßen das komplizierte Gefüge der gegenseitigen Abhängigkeit der letzteren im Störungsfalle diagnostizieren will. Daß es aber doch Fälle gibt, welche im Laufe von Jahren solch wechselvolle Gestalt annehmen, daß selbst von erfahrenen Ärzten die verschiedensten Diagnosen gestellt wurden, ist zum mindesten höchst beachtlich. Es sei daher auch gestattet mit einer gewissen hier nicht zu umgehenden Ausführlichkeit den folgenden interessanten Krankheitsfall wiederzugeben und zwar wird so verfahren werden, daß der chronologische Aufbau richtunggebend bleibt.

Vorgeschichte: Keine Geisteskrankheiten, keine Tuberkulose in der Familie. Vater 1,80 m groß, Mutter mittelgroß; Brüder des Vaters ebenfalls groß und sollen wie jener Bärte getragen haben (Abb. 1, 2). 8 Geschwister, alle relativ groß und kräftig; der größte der Brüder ist 1.87 m. Über die Zeit vor der Schule nichts Besonderes bekannt. In der Schule nicht zu den Größten gehörig (nach früheren Angaben [1916] in den Kinderjahren auffallend klein) (Abb. 3). Gut gelernt. Nach der Schule im Privatunterricht, um sich für das Forstfach auszubilden. Trat 17jährig in die Forstlehre ein. Damals wesentlich kleiner als jetzt, schätzungsweise 1,65 m. Fing dann plötzlich an so zu wachsen, daß sich alle Verwandten wunderten. 1899 bis 1901 (19. bis 21. Jahr) aktiv (Abb. 4) bei den Jägern gedient (2. Kompagnie!). Von der Kindheit bis zur Militärzeit nie ernstlich krank. Während der Dienstzeit ungefähr 10 cm gewachsen. Sei mit 1,91 m entlassen worden. Nach früheren (1916) Angaben 12 cm seit der aktiven Militärzeit bzw. bis zum 27. Lebensjahr gewachsen. Danals auch ziemlich dick, „körperlich voll auf der Höhe“. Von 1901 bis 1912 auf einer Stelle als Privatförster; in jener Zeit noch ein ganz Teil stärker geworden, will 260 Pfund gewogen haben. Nach früheren [1916] Angaben will L. 1908 220 Pfund und kurz vor dem Kriege 190 Pfund gewogen haben.) 1912 bis 1914 auf der zweiten Stelle als Privatförster (Abb. 5). Von jeher ziemlich schwacher Bartwuchs, der aber

später immer dürtiger wurde, schließlich ganz aufhörte. Vor der Ehe kein geschlechtlicher Verkehr, fühlte zu wenig Anreiz, nie onaniert, auch keine Freude an erotischen Unterhaltungen. 1913 Heirat, Ehe kinderlos. Zu Anfang der Ehe geschlechtlicher

Verkehr angeblich gut möglich. Libido niemals stark. Glied nicht so entwickelt wie bei anderen Männern, wohl früher manchmal Erektionen, aber nie Pollutionen. Geschlechtsverkehr nur zwischen 1913 und 1914, nach der Militärent-



Abb. 1. Großvater des L.



Abb. 2. Vater des L.



Abb. 3. L. ca. 10 jährig.



Abb. 4. L. 19 jährig.

lassung 1916 nicht mehr verkehrt. Glied später immer kleiner geworden. 1914 bei Ersatz-Landwehr 9 eingetreten und ins Feld gerückt. Bis November 1914 in Ostpreußen; erkrankte angeblich an Herz- und Brustschmerzen. In Danzig in

Lazarettbehandlung (Krankenblatt nicht zur Verfügung). Februar 1915 zur Truppe. dann wieder ins Feld. Bereits auf dem Transport mit Schwellung der Beine erkrankt.

April bis November 15 Res.-Lazarett 6 Hannover: Starke Ödeme an beiden Beinen und Füßen. Spur Eiweiß im Urin. Blutdruck ohne Befund. Juli bis August erwähnt: Supinationsstellung des linken Fußes, durch Gipsverband korrigiert. September: Rechtes Bein wird beim Vorwärtsgehen im Knie stark gebeugt (Hysterie — Prof. Bruns). Ende Oktober: Deutliche Kropfbildung mäßigen Grades; überaus kräftig entwickelter Körper, reichliches Fettpolster, kräftige Muskulatur, eigentümliche Zuckungen im linken Arm, der ganze linke Arm wird in pronierenden Bewegungen bewegt und in Pronationsstellung gehalten mit eingeschlagenem linken Daumen; auf dem rechten Fuß steht L. nach Art des Hahnentritts. Will vom Feld auffallend vergeßlich geworden sein.

*Diagnose:* Nierenkrank? Schwellungen in beiden Beinen. Hysterie?

November 1915 bis Mai 1916 Res.-Lazarett 1 Hannover: Klagt über schlechten Gang, komme nur langsam vorwärts, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen. Sehr großer Mann, im allgemeinen gut entwickelt, die Weichteile haben etwas Gedunenes, Geschwollenes, die Gesichtszüge etwas Greisenhaftes; Gesicht breit, Schädel symmetrisch, rund, etwas mikrocephal; Schildrüse vergrößert; Lichtreaktion der Pupillen träge, besonders rechts, gleichweite runde Pupillen; Abdomenreflexe rechts —, links (+); äußerst geringe Behaarung am Körper, auch Schamhaare sehr mäßig, Geschlechtsteile infantil; X-Beine. L. macht kleine Schritte, hebt beim Schnellgehen das rechte Bein hahnentrittartig; beim Stehen, besonders aber beim Gehen wird in der Bewegung der linke Arm nach innen stark hervortretend in Pronationsstellung gehalten, kann aber sämtliche Bewegungen aus-



Abb. 5. L. 34 jährig.

führen; obere Extremitätenreflexe links gesteigert. Mitte November Myxödem? Anfang Dezember beim Gehen mit Stock Schenkeln des (linken ?, rechten ?) Beines weniger hervortretend. Februar bis März unverändert. *Diagnose:* Psychogene Schüttellähmung des linken Armes mit schlaffer Lähmung des linken Beines. Dystrophia adiposo-genitalis.

Mitte Mai bis Ende Juni 1916 Res.-Lazarett Lehrte: 1,91 m groß, 117 kg schwer, Brustumfang 97/105, Urin ohne Befund, femininer Habitus, helle Stimme, stark entwickeltes Fettpolster, das die Muskelkonturen verwischt. Brüste sehr entwickelt, breites Becken, keine Achselbehaarung, spärlicher Schamhaarwuchs; Penis und Scrotum unverhältnismäßig klein, linker Hoden atrophisch, Libido und Potentia sexualis fehlt; nachts Poly- und Pollakisurie; X-Beine. Beim Stehen und Gehen Schüttellähmung des linken Armes, die bei Beschäftigung und Andrücken des Armes an den Körper verschwindet, ebenso beim Sitzen; grobe Kraft des linken Armes nicht herabgesetzt, linkes Bein wird beim Gehen in Spitzfußstellung nachgezogen. Reflexe, Sensibilität intakt; Injektion von 1 ccm Hypophysenextrakt (5mal mit je 4 Tagen Intervall). Polyurie danach zurückgegangen (?), nach damals anliegender Tabelle tägliche Urinmenge nach wie vor zwischen  $1\frac{1}{4}$ — $2\frac{3}{4}$  Liter schwankend. Bei geringen Anstrengungen starker Schweißausbruch. Entlassungsgewicht 106 Kilo. Befund unverändert. *Diagnose:* Psychogene Schüttellähmung, Dystrophia adiposo-genitalis (Abb. 6).

Juli 1916 militärärztliches Zeugnis: Erwähnt, daß L. November 1914 an Mattigkeit, Schwäche, Herzschwäche, April 1915 an Ödemen, Schwindel und Erschöpfung erkrankte; augenblickliche Klagen: leichte Ermüdbarkeit bei körperlicher und geistiger Anstrengung, schlechter Gang, Schüttellähmung. Mäßig entwickelte, aber schlaffe Muskulatur, reichliches Fettpolster, namentlich in der Lenden- und Oberschenkelgegend, Brüste sehr entwickelt, Gewicht 212 Pfund. Zittern im linken Arm, das bei intendierten Bewegungen aufhört, sonst wie bisher. Elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven überall ohne Befund, keine Muskelatrophien.  $66\frac{2}{3}\%$  Kriegsdienstbeschädigung anerkannt.

*Diagnose:* Erkrankung der Hypophyse. 1. Oktober 1916 als dienstunfähig in die Heimat entlassen.

November 1916 Res.-Laz. Bromberg, anschließend nervenfachärztliche Begutachtung (Dr. F. Stern): Nach damaliger Angabe, die L. jetzt bestreitet, schon  $\frac{3}{4}$  Jahr vor dem Krieg in den Beinen fetter, kein Schwächegefühl, vor dem Kriege Stimme wesentlich tiefer. November 1914 an Schwäche, Kaputsein, Schlaflosigkeit und großem Durstgefühl erkrankt; in Hannover zunehmendes Schwächegefühl; seit September 1915 Schüttelzittern und Höherwerden der Sprache und Fettwuchs der Brüste unter Schmerzempfindungen (nur links!), seitdem auch Geschlechtsteile wesentlich kleiner geworden; Vergrößerung der Hände usw. nicht beobachtet. 1,91 m groß, kräftiges Knochengerüst ohne deutliche akromegale Erscheinungen, im Gesicht geringe Fettentwicklung, starkes Fett an den Oberarmen, nicht druckempfindlich. Choreiformes, zeitweise rhythmisches Zucken des linken Armes, im Sitzen fehlend; weibliche Mammae, Brustwarzendurchmesser 4 cm, wulstige Fettansammlungen am Mons pubis, außerordentlich große Fettansammlung an der Hüfte und den Oberschenkeln; Hüftumfang 112 cm. Vordere obere Darmbeinkämme  $32\frac{1}{2}$  cm, Trochanterenbreite  $39\frac{1}{2}$  cm, Tailenbreite  $33\frac{1}{2}$  cm, Tailenumfang 92 cm, Becken breit auslegend; keine Behaarung im Gesicht, feminine geringe Schamhaare, Glied sehr klein, 6 cm, Testikel klein, rechts  $3\frac{1}{2}$  cm, links 5 cm, namentlich der rechte Nebenhodenkopf atrophisch. Sprache hoch, fistelartig; Schädelumfang  $60\frac{1}{2}$  cm, Nase eingezogen, Länge 5 cm, Länge des Beines vom Darmbeinstachel bis unten 109,5 cm, Länge des Fußes von der Hacke bis zur Großzehenspitze 29 cm. Länge der Großzehe  $9\frac{1}{2}$  cm. Linke Papille temporal etwas abgeblättert.

Deutliche weiche kleine Struma, X-Beine. Beim Aufstehen rhythmisches Schüttelzittern des linken Armes; Spitzfußstellung. Spitze des linken Fußes wird nachgeschleppt. Patellarreflex links lebhafter als rechts, keine deutlichen Spasmen links. Abdomenreflexe fehlen beiderseits. Haut ziemlich trocken; will viel



Abb. 6. L. 36 jährig.

schwitzen. Urinmenge 1000—1500 ccm, hochgestellt, Eiweiß negativ, Zucker negativ. Röntgenaufnahme: Abflachung und leichte Verbreiterung der Sella turcica; hier nach Diagnose Hypophysentumor wahrscheinlich. Das Zittern wird als nicht hysterisch angesehen, da durch forcierte Pronation und Innenrotation unterdrückbar bzw. im Sitzen und Liegen verschwindend, sowie unabhängig von Beobachtung und gänzlich rhythmisch und wird mit der Hypophysenerkrankung in Zusammenhang gebracht oder als Druckschädigung benachbarter Hirngebiete aufgefaßt. *Diagnose:* Dystrophia adiposo-genitalis, Akromegalie, Tremor hemilateralis. 100% Rente (Operation ratsam).

Oktober 17 Nachuntersuchung: Größe 1,90 m, Gewicht 80,5 kg, Brustumfang 91/97 cm. L. will mit der linken Hand nicht alle Gegenstände ergreifen und heben können, lahm und schleppend gehen müssen, ohne Stock nach 10 Minuten ermüden, mit Stock bis 1 km gehen können.

Juli 1919 Nachuntersuchung: Zittern des linken Armes ist derart, daß der ganze Körper dabei mitzittert, so daß L. nicht selbst essen kann und gefüttert werden muß.

Juni 1921 Nachuntersuchung: 188 $\frac{1}{2}$  cm (?) groß, 74,5 kg schwer. Schilddrüse vergrößert.

September 1921 Nachuntersuchung: 1,90 m groß, 82 $\frac{3}{4}$  kg schwer, linke Schilddrüsenhälfte leicht vergrößert. Schädelumfang 60 cm. Im Liegen kann der linke Arm aktiv nur kurze Zeit erhoben und gehalten werden, grobe Kraft stark herabgesetzt. Beim Stehen rechte Hüfte höher als linke, beim Gehen schleppt das linke Bein nach. An den Brüsten kein erheblicher Fettansatz, Körperbehaarung sehr gering, Genitale klein, Urin frei, Abdomenreflex (+), Patellarreflex +, rechts mehr als links; röntgenologisch nichts sicher Krankhaftes am Türkensattel. Geistig völlig normal. *Diagnose:* Hypophysenerkrankung, angeborene Schwäche des inneren Drüsenaapparates. (Verschlimmerung durch Kriegseinflüsse angenommen.)

September 1924 nervenfachärztliches Gutachten (Dr. Baum): Klagen: Zustand seit 1915 nicht wesentlich geändert, ohne Beruf, lebe von der Rente; linkss seitige Lähmung, Nachlassen des Auffassungsvermögens. Befund: Körpergröße 1,87 m, Gewicht 80 kg, Brustumfang 90/99 cm, schlaffe Muskulatur, gewöhnliche Hautfarbe, ausreichendes Fettpolster. Rechte Hüfte steht mehr hervor als linke. Brust- und Lendenwirbelsäule nach hinten und seitlich verbogen. Stammbehaarung in Achsel- und Schamgegend spärlich (weiblicher Typus). Glied 5 cm lang, sehr dünn, Hoden besonders rechts klein. Untere Gliedmaßen sehr lang, Mittelpunkt der Körperlänge 7 cm unterhalb der Schambeinfuge. X-Beine. Beide Schulterblätter stehen flügelförmig ab, besonders beim Erheben der Arme, links mehr als rechts. Rhythmisches Zittern des linken im Ellbogen und in den Fingern gebeugten (Daumen in die Hohlhand eingeschlagen) Armes, das aufhört, wenn der Arm auf einer Unterlage ruht. Im Schultergelenk wird der linke Arm nur bis zur Wagerechten erhoben, Streckung und Beugung im Ellbogengelenk frei, während Pro- und Supination des linken Unterarmes nur andeutungsweise selbstständig ausgeführt wird. Beweglichkeit im linken Hand- und Fingergelenk aktiv hochgradig eingeschränkt (nur leichte Streckung der Finger).

Oberarmmitte . . . . . rechts 29,5, links 30,5 cm

Unterarm an stärkster Stelle . . . . . " 29,0, " 28,5 "

Mittelhand ohne Daumen . . . . . " 25,5, " 24,5 "

Hände und Füße im Vergleich zur Körperlänge nicht besonders plump. Kopf asymmetrisch, Kinn und Nase ohne Befund. Naheblickreaktion der Pupillen —, Oberextremitätenreflexe +, =. Patellarreflex sehr lebhaft, beiderseits =. Achillesreflex +, =, Abdomenreflex rechts unten (+), sonst +, Hodenreflex links schwächer als rechts. Fingernasenversuch links unvollkommen, hilft mit der rechten Hand nach, beim Kniehakenversuch links ausfahrender als rechts. Dynanometer rechte Hand 80 kg, linke 0. Beide Hohlhände zeigen frische, ziemlich derbe Schwielen. Gang steif, mit leichter Betonung der linken Seite, linke Fußspitze neigt dabei etwas nach

abwärts und schleift etwas. Finger der linken Hand werden unbeobachtet benutzt. Psychisch teilnahmslos, sonst ohne Befund. *Diagnose*: Eunuchoidismus mit Überwiegen der Körperunter- zur Oberlänge, Atrophie der Genitalien, X-Beinstellung, breitem Becken, weiblicher Fettverteilung am Unterleib und Oberschenkel usw. psychogene Überlagerung. Rente 70% als vorläufig; Kriegsdienstbeschädigung abgelehnt für die organische Erkrankung.

Februar 1927 Gutachten (Dr. Baumm): Klagen: Linker Arm und linkes Bein sollen nicht mehr die frühere Kraft haben, neuerdings bestehe ein brennender Schmerz in der linken Hinterhauptgegend, der sich bis ins Genick hinunterziehe; könne infolgedessen den Kopf nicht so gut hin- und herbewegen. „Gicht“ in den Hüft- und Schmerz in den Fingergelenken, Neigung zu Geschwürs-(Furunkel!) Bildung im Genick, an den Armen und in der Nase. Gewicht 77,5 kg. Kriegsdienstbeschädigten-Rente 30% (für die fixierten psychogen-reaktiven Störungen) ab April 1927.

Nach diesen aus den Versorgungsakten L. gewonnenen Krankheitsgeschichten folgen jetzt die Beobachtungen, die anlässlich zweier kurzer Begutachtungen im Februar 1926, bzw. Dezember 1927/Januar 1928 in der hiesigen Klinik gemacht wurden. Da die beiden Befunde fast völlig übereinstimmen, so wird, um Wiederholungen zu vermeiden, nur gelegentlicher Abweichungen besondere Erwähnung getan werden.

Zur Ergänzung der in der Einleitung gebrachten Vorgeschiede, an die die übrigen Krankenbefunde geschlossen angegliedert wurden, sei zunächst noch einiges nachgetragen. Seit Herbst 1916 will L. keine richtige Arbeit mehr geleistet haben bis auf einen etwa vierteljährigen Versuch als Förster nochmals zu arbeiten, der wegen rascher Ermüdbarkeit und angeblichen Magenleidens abgebrochen werden mußte, obwohl L. nur mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt wurde. Beziehe auch seit Ende 1916 Invalidenrente. Alkohol- und Nikotinmißbrauch werden strikte negiert, ebenso frühere geschlechtliche Infektion.

Klagte 1926 über „Rheumatismus“ im rechten Oberschenkel, rechten Oberarm und Genick. 1927 gab L. an, daß diese Beschwerden sehr zugenommen hätten, sprach von Versteifung und Schmerzen im Genick, erzählte, daß das Genick knarre, wie auf Sand gehe. Könne den Kopf seit Frühjahr 1927 nicht mehr hin- und herdrehen, noch eher nach oben und unten bewegen. 1927 gab L. wegen seines Genicks auf einmal an, daß die Steifigkeit, auch die vermehrte Gicht in den Händen schon seit 1916 bestehe (?). Ein andermal verlegte er deren Beginn selbst auf die Lazarettbehandlung mit der Bemerkung: „Es wurde aber immer wieder besser“ und will in Hannover schon deswegen eingerieben, in Watte gepackt und ähnliches worden sein (?). Die damals geführten Krankenberichte enthalten allerdings nichts davon! Bezüglich der Urinstörungen berichtet L., daß er zeitweise — auch schon im Felde und in den Lazaretten — unter großem Durstgefühl zu leiden gehabt habe und dann sowohl bei Tag wie bei Nacht häufig und große Mengen Urin lassen mußte. Zur Zeit (1927) leide er mehr unter Hunger als unter Durst; er trinke zwar immer mehr als andere, was auch seiner Frau längst aufgefallen sei, und müßte jetzt nachts gewöhnlich dreimal Urin lassen, früher übrigens häufiger, aber auch seltener. Die nachts gelassene Urinmenge sei wohl größer als die vom Tag. Über die seit 1916 erloschene Libido und Potenz hatte L. nichts Neues zu berichten. Seine sonstigen Klagen betrafen außer den bereits eben angeführten die noch immer krankhaft gestörte linke Seite, speziell das Schüttelzittern des linken Armes, die Schwäche im linken Arm und Bein. Des weiteren leitete er aber seine Arbeitsunfähigkeit auf zahllose andere, von 1926/27 an Zahl im Wachsen begriffene Beschwerden nervöser Art zurück, welch letztere er, wie übrigens alle Beschwerden überhaupt, in eigensinniger Manier auf den Krieg zurückführte. Auffallend erschien aber auch, wie sehr L. gerade diese

Allgemeinbeschwerden gegenüber z. B. der Steifigkeit des Genicks betonte und auch die Art und Weise ihrer Darstellung ließ deutlich erkennen, daß sie der Rentenkampfeinstellung L.'s erwachsen sind.

Körperlicher Befund (Abb. 7 u. 8): Größe 1,89 m (der niedriger gewordene Wert erklärt sich durch die Zunahme der Skoliose), Gewicht 1926 70 kg, 1927 78,5 kg. Magerer Mann mit mittelkräftiger schlaffer Muskulatur, breitem Becken, geringem, aber deutlichem Fettansatz in der Lendengegend, Oberschenkelaußenseite, am Mons pubis; deutlich angedeutete Mammae, auffallend faltiges greisenhaftes Gesicht; Zunge, Nase, Unterkiefer, Brust- und Schlüsselbeine entsprechen der Größe. Kopf eher klein, Hände (Abb. 9) und Füße über groß (?). Streifige, zu Brüchigkeit neigende Fingernägel. Haut weder trocken noch schilfernd, von blassem, gelblich-fahlem Kolorit; Kopfhaar dicht, Barthaare und Achselhaare sowie Stammbehaarung völlig fehlend; weiblicher Schamhaartyp. Genitalien hypoplastisch (Maßes unten). Scrotum ohne Pigment. Beine und Arme auffallend lang. Spitzer Rippenwinkel; angewachsene Ohrläppchen; Schilddrüse (1926) vielleicht vergrößert, (1927) sehr dürtig, kaum zu fühlen. Stimme hoch, Fistelstimme angedeutet. Kopfhaltung steif, Kopf etwas nach halbrechts gewandt, Zähne zum Teil cariös, sonst gut erhalten; Skoliose mit Hochstand der rechten Hüfte. Die Fingerendgelenke am linken Mittel- und Ringfinger<sup>1</sup> sowie am rechten Ring- und kleinen Finger weisen geringe Verdickungen auf, eine stärkere Bewegungseinschränkung besteht aber nicht.

X-Beine. Herz, Lungen und innere Organe auch röntgenologisch ohne Befund. Blutdruck nach *Riva-Rocci* (1926) 140, (1927) 160 mm Hg. Puls 60 pro Minute, gut gefüllt, regelmäßig bis auf gelegentliche Extrasystolen. Temperatur um 36,5°. Urin stets frei von Eiweiß und Zucker. Öfters nächtliches Schwitzen. Urinn Mengen (1926) nicht erheblich vermehrt, (1927) hochgradig vermehrt, zwischen 3½—7 Liter täglich.

Blutbild (1927) Hämoglobin 68%. Erythrocyten 4 120 000. Leukocyten 7200.  
 Segmentkernige 47%, Jugendformen 1%, Stabkernige 1%, Lymphocyten 37%, Eosinophile 9%, Monocyten 3%, Mastzellen 2%.

Wassermannreaktion und *Meinecke* im Blut —, Wassermannreaktion im Liquor —, Pandy +, Nonne (+), 6 Zellen.



Abb. 7. L. 14.12.27.

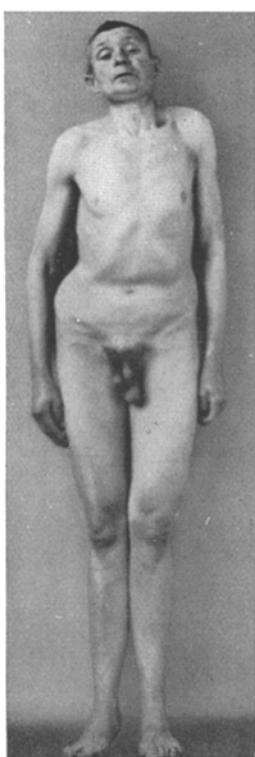


Abb. 8. L. 14.12.27.

kere Bewegungseinschränkung besteht aber nicht. Blutdruck nach *Riva-Rocci* (1926) 140, (1927) 160 mm Hg. Puls 60 pro Minute, gut gefüllt, regelmäßig bis auf gelegentliche Extrasystolen. Temperatur um 36,5°. Urin stets frei von Eiweiß und Zucker. Öfters nächtliches Schwitzen. Urinn Mengen (1926) nicht erheblich vermehrt, (1927) hochgradig vermehrt, zwischen 3½—7 Liter täglich.

Blutbild (1927) Hämoglobin 68%. Erythrocyten 4 120 000. Leukocyten 7200.  
 Segmentkernige 47%, Jugendformen 1%, Stabkernige 1%, Lymphocyten 37%, Eosinophile 9%, Monocyten 3%, Mastzellen 2%.

Wassermannreaktion und *Meinecke* im Blut —, Wassermannreaktion im Liquor —, Pandy +, Nonne (+), 6 Zellen.

<sup>1)</sup> Siehe Röntgenbild der Hand.

Abb. 9. L.'s linke Hand ( $\frac{5}{8}$  der nat. Größe).*Körpermaße im einzelnen:*

	1927
Schädelumfang (1916) 60,5 cm. (1921) 60 cm . . . . .	60 cm
Nasenlänge (1916) 5 cm . . . . .	5 "
Halsumfang . . . . .	38 "
Schulterbreite . . . . .	42 "
Spannweite . . . . .	210 "
Oberarmmitte rechts (1924) 29,5 cm . . . . .	28,5/29 "
Oberarmmitte links (1924) 30,5 cm . . . . .	27,0/27,5 "
Unterarm an stärkster Stelle rechts (1924) 29 cm . . . . .	28 "
Unterarm an stärkster Stelle links (1924) 28,5 cm . . . . .	27 "
Mittelhand ohne Daumen rechts (1924) 25,5 cm . . . . .	25 "
Mittelhand ohne Daumen links (1924) 24,5 cm . . . . .	24,5 "
Brustumfang (1916) 97/105 cm, (1917) 91/97 cm, (1924) 90/99 cm . . .	91/97 "

Brustwarzendurchmesser (1916) 4 cm . . . . .	3,5 cm
Taillenumfang (1916) 92 cm . . . . .	85 ,,
Taillenbreite (1916) 33,5 cm . . . . .	33,5 ,,
Größter Hüftenumfang (1916) 112 cm . . . . .	100 ,,
Vordere obere Darmbeinkämme (1916) 32,5 cm . . . . .	32,5 ,,
Trochanterenbreite (1916) 39,5 cm . . . . .	39,5 ,,
Länge der Beine vom Darmbeinstachel bis unten (1916) 109,5 cm . .	112 ,,
Länge des Fußes von der Hacke bis zur Großzehenspitze (1916) 29 cm	29 ,,
Länge der Großzehe (1916) 9,5 cm . . . . .	9,5 ,,
Penislänge (1916) 6 cm, (1924) 5 cm . . . . .	6 ,,
Rechter Hoden (1916) 3,5 cm . . . . .	3,5 ,,
Linker Hoden (1916) 5 cm . . . . .	5 ,,,

*Nervensystem:* Lidspalten gleichweit, Pupillen mittelweit, entrundet, exzentrisch, rechts etwas enger. Lichtreaktion träge, unausgiebig, links etwas besser

als rechts. Konvergenzreaktion +, (Konvergenzparese links). Augenhintergrund ohne Befund. Gesichtsfeld für weiß und Farben ohne Befund. Augendruck beiderseits 18 mm Hg. Hirnnerven intakt. Conj., Corn., Rachen- und Gaumenreflexe ohne Befund. Oberextremitätenreflexe lebhaft, ==, Knie- und Achillesreflexe lebhaft, ==, Plantarreflexe(+), Bauchdeckenreflexe sämtlich schwach +, Hodenreflexe +, rechts deutlicher als links. Keine Kloni, keine pathologischen Reflexe. Tonus der Arme und Beine ohne Befund; linker Arm und Beine eher hypotonisch. Grobschlägiger Schütteltremor des linken Armes, der aktiv nach vorn und seitlich bis zu 40 Grad erhoben wird. Grundstel-



Abb. 10. Sella turcica.

lung leicht gebeugt, adduziert, proniert. Faustschluß (langsam) möglich. Passiv alle Bewegungen gegen geringen Muskelwiderstand frei, auch wird der passiv erhobene Arm gehalten, wie übrigens L. unbeobachtet wiederholt den linken Arm gebrauchte (Handflächen beide abgearbeitet, rauh, rechts mehr als links!). Kraft des linken Armes und der linken Hand psychogen herabgesetzt, wie übrigens auch des linken Beines. Hinkt beim Gang mit dem linken Bein, indem er es nachzieht und nur das rechte Bein vorsetzt, unbeobachtet erheblich weniger ausgesprochen als beobachtet. Ober- und Unterschenkelmaße nur auf Unterschied gemessen, was ergab: rechter Oberschenkel 3 cm dünner als der linke, rechter Unterschenkel 1 cm dicker als der linke. Herabsetzung für Berührung und Schmerz am linken Vorderarm und Linker Hand. Faradisch und galvanisch normale Erregbarkeit aller Nerven und Muskeln.

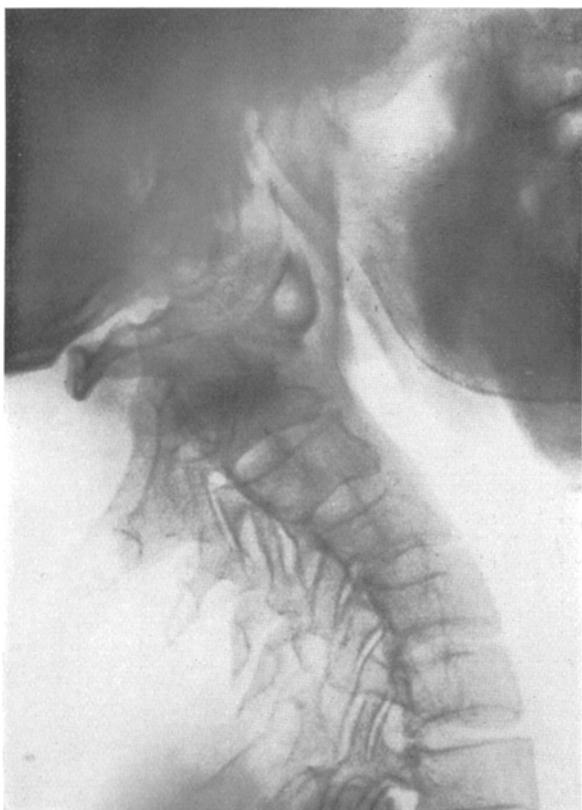


Abb. 11. Halswirbelsäule, seitlich.

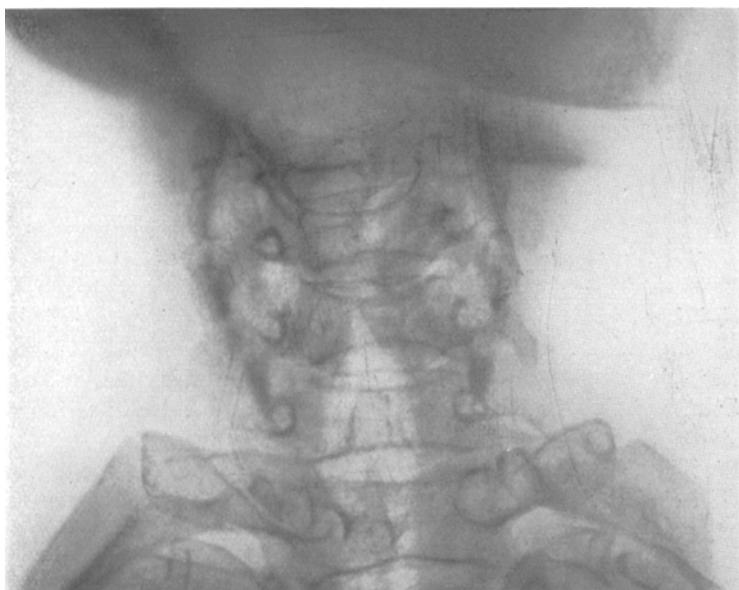


Abb. 12. Halswirbelsäule, sagittal.

Röntgenbefund (Chirurgische Klinik): Sella nicht deutlich verändert, vielleicht etwas abgeflacht, hochgradige Spondylitis deformans der oberen Halswirbelsäule mit Spangenbildung, akromegale Hände (Abb. 10, 11, 12).

Psychischer Befund: Geordnet, orientiert, Gedächtnis und Merkfähigkeit ungestört, Urteil und Kenntnisse dem Bildungsgrad entsprechend, Stimmung gleichmäßig, auffallend wenig durch den schlechten körperlichen Zustand beeinträchtigt. Langsam, ruhig in seinem Gebahren, wirkt ausgesprochen unmännlich, weichlich, sanft, scheu, spricht spontan kaum, etwas schwerfällig, müde und breit im Gedankengang, dabei wortkarg, von biederer Gemütlichkeit. Unterhält sich und spielt mit seinen Mitpatienten, gegenüber dem Personal zurückhaltend. Entkleidet ohne schamhafte Regungen. Geklagt wird von L. über Ermüdbarkeit, Gedächtnisschwäche, schlechtes Auffassungsvermögen außer den rein auf Rente abzielenden Beteuerungen, wie schlecht es ihm gehe, wie arbeitsunfähig er sei und den sofortigen Abschwächungen, sobald etwas ärztlicherseits für in Ordnung befunden wird.

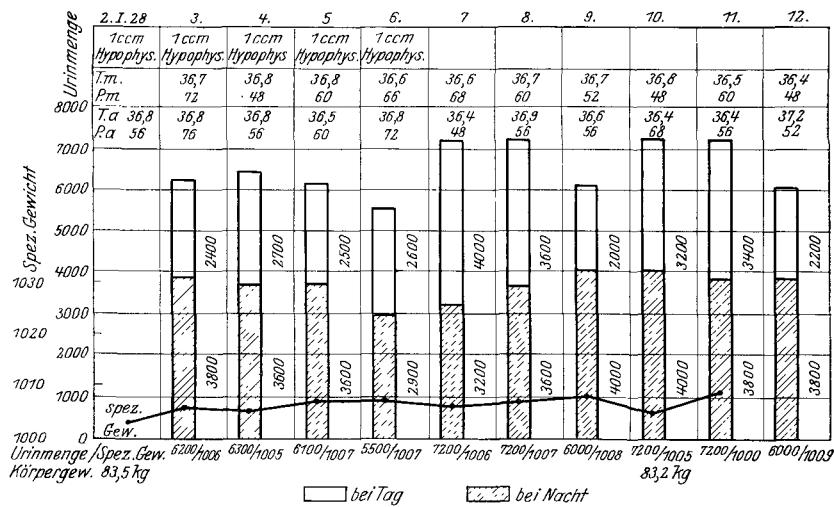


Abb. 13.

Bei der letzten Beobachtung in der Klinik (1927) fiel die rasche Gewichtszunahme L's. auf, der im Laufe einer Woche 3,5 kg zunahm, später doch das Gewicht ziemlich hielt. Zugleich war auffällig, daß in der Zeit der rapiden Gewichtszunahme die stichprobenweise gesammelte Urinmenge von 24 Stunden sich um  $3\frac{1}{2}$  l bewegte (spezifisches Gewicht 1010), während später — während der versuchsweise unternommenen Hypophysinjektionen (5 Tage lang 1 ccm subcut.) und danach — die Tagesurinmenge 6 l bzw. an einigen Tagen nach der letzte gegebenen Injektion 7 l erreichte (vgl. beiliegende Tabelle, aus der auch ersichtlich ist, daß die Nachturinmenge die Tagesurinmenge überwog und das spezifische Gewicht extrem niedrig war) (Abb. 13).

Die Diagnose, daß es sich um eine pluriglanduläre Erkrankung handelt, ist wohl einfach. Die Eigenart dieses Falles, die der Diagnose im engeren Sinne gewisse Schwierigkeiten macht, beruht in den wechselvollen

Bildern, die nacheinander über die Diagnosen Dystrophia adiposogenitalis, Dystrophia a. g. + Akromegalie, Hypophysenerkrankung im allgemeinen, Eunuchoidismus zur jetzigen Diagnose „multiple Blutdrüsensklerose unter dem Bild des Späteunuchoidismus“ geführt haben. Selbst bei strengster Diagnosenstellung wird man hier berechtigt sein, den ganzen Fall als ein ausgesprochenes Beispiel der multiplen Blutdrüsensklerose anzusprechen. In den von *Falta* der multiplen Blutdrüsensklerose untergeordneten Krankheitsfällen werden allerdings Asthenie und Apathie, bzw. eine fortschreitende Kachexie als wesentliche Symptome hervorgehoben, wovon in unserem Falle aber kaum gesprochen werden kann. Ein anderer wesentlicher Punkt ist für L. noch eigenständlich: die Ätiologie ist völlig ungeklärt, sofern man nicht die von *Claude* und *Gougerot* supponierte angeborene Schwäche des Blutdrüsensystems in Rechnung ziehen will. Will man den ganzen Krankheitsprozeß, soweit er einigermaßen verlässlich zu überblicken ist, in seinem Gang analysieren, so ist bei dem plötzlich gesteigerten Wachstum zwischen 17 und 21 Jahren an eine Entwicklungsstörung des Keimdrüsenapparates zu denken, welcher sich wohl gleichzeitig frühakromegale Erscheinungen aufgepropft haben. Der vorübergehenden Funktionssteigerung der Hypophyse, welche aber nie mit Druck- u. ä. Symptomen einhergegangen war, folgte später die zweifellose Funktionsminderung der Hypophyse, welche besonders in den Jahren 1915 und 1916 zu der wiederholt diagnostizierten und damals zweifellos typischen Dystrophia adiposo-genitalis geführt hat, die vielleicht aber auch nur eine „eunuchoide“ Dystrophia a. g. war. Später wurde mit dem Schwinden des üppigen Körperfettes das Bild des Späteunuchoidismus (eunuchoider Hochwuchs) manifest, der durch mehr oder weniger zahlreiche und deutliche Ausfallssymptome anderer Blutdrüsen kompliziert blieb [Hypophyse bzw. Regio subthalamica (?): subnormale Temperatur, Polydipsie, Polyurie], (Schilddrüse: trophische Störungen der Nägel, eventuell Vergeßlichkeit). Tumorescheinungen, Vergrößerung der Sella turcica haben jedenfalls immer gefehlt, so daß genetisch wie wohl für die übrigen Blutdrüsen, so auch für die Hypophyse sklerotisch-atrophische Prozesse angenommen werden müssen, was wiederum die Diagnose multiple Blutdrüsensklerose erhärtet. Interessanterweise steht am Anfang und Ende der Krankengeschichte L.s. das eunuchoide Syndrom im Vordergrund, ohne daß weder der „Eunuchoidismus“ noch der „Späteunuchoidismus“ als alleinige Diagnose befriedigen. Für den ersten sprechen wohl der frühe Hochwuchs, das abnorm lange Persistieren der Epiphysenfugen, das Überwiegen der Unter- über die Oberlänge und der Spannweite über die Körpergröße und die X-Beine. Für den Späteunuchoidismus hingegen kennzeichnend ist das Versiegen der Keimdrüsenfunktion nach vorher erreichter Reife, die Rückbildung der eigentlichen und sekundären Geschlechtsmerkmale, wogegen der veränderte psychische Habitus und der eunuchoide Typ

der Fettverteilung den beiden erwähnten Formen des Eunuchoidismus zugerechnet werden kann. Eine andere Eigentümlichkeit des vorliegenden Krankheitsfalles erblicke ich in den fast grotesken Schwankungen des Körpergewichts, die an Hand der zahlreichen ärztlichen Befunde gegenüber sonstigen Schätzungen und Erinnerungen auf einer sicheren Basis stehen. Folgende vergleichende Aufstellung soll zur Veranschaulichung dienen:

Zwischen 1901—1912 . . . . .	130,0	kg (nach Erinnerung)
1908 . . . . .	110,0	„ „ „
1914 . . . . .	95,0	„ „ „
Mai 1916 . . . . .	117,0	„ (laut Krankenblatt)
Ende Juni 1916 . . . . .	106,0	„ „ „
Oktober 1917 . . . . .	80,5	„ „ „
Juni 1921 . . . . .	74,5	„ „ „
September 1921 . . . . .	82,75	„ „ „
September 1924 . . . . .	80,0	„ „ „
Februar 1926 . . . . .	70,0	„ „ „
Anfang Dezember 1927 . . . . .	78,5	„ „ „
Ende Dezember 1927 . . . . .	83,5	„ „ „

Inwieweit die offenbar doch erst seit 1925/26 sich bemerkbar machende Spondylitis deformans der Halswirbelsäule neben den anderen viel geringgradigeren Veränderungen an Hüften, Händen und Tibia der oder jener Blutdrüsenvorderlappen (?) zuzurechnen sein möchte, soll hier offen gelassen werden. Endlich ist die psychogene Komplizierung, die als eine über Jahre fixierte anzusprechen ist, bei ihrer indirekten Bedeutung für die organisch-konstitutionelle Eigenart des vorliegenden Falles noch kurz zu streifen: der Krieg mit seinen erhöhten körperlichen und seelischen Beanspruchungen traf fraglos bei L. bereits auf verminderte Widerstandskraft und die zunächst vorhandenen ungeklärten körperlichen Erscheinungen wurden im Zustandsbild allmählich von zum Teil wechselnd starken psychogenen abgelöst. Die Dienstunfähigkeitserklärung war zweifellos auf Grund der Dystrophie erfolgt, L. selbst maß natürlich dem Zittern und der Gangstörung die größere Bedeutung bei und die anfänglich gewährte hohe Rente von 100% nebst der gleichzeitigen Invalidisierung ließen begreiflicherweise in der Folge L. nicht ohne Kampf — L. war inzwischen auch rein körperlich immer leistungsunfähiger geworden, da auch die Spondylitis hinzugekommen war — auf die hohe Rente verzichten. Die spätere Änderung der ärztlichen Auffassung (Kriegsursachen weder auslösend noch verschlimmernd bezüglich der Dystrophie, bzw. des Eunuchoidismus!) hat L. gedanklich nie mitgemacht und sich deshalb immer mehr ins Unrecht gesetzt gefühlt, was die Hartnäckigkeit der nunmehr psychogen-hysterischen Fixierung zwanglos erklärt. Versuche, die psychogene Halbseitenstörung irgendwie therapeutisch zu beeinflussen, schlugen auch leider fehl (1927).