

2.

Ein Fall von Epilepsie mit Zwangsbewegungen und Zwangsvorstellungen und Sclerose einer Kleinhirn-Hemisphäre.

Von Dr. Meschede,

Director der städtischen Krankenanstalt und Privatdocenten an der Universität zu
Königsberg i. Pr.

Epilepsie mit eigenthümlichen, religiös-ekstatischen Wahnvorstellungen und Zwangs-Kreisbewegungen von links nach rechts. Gang schwankend, Ausführung complicirter Verrichtungen behindert, Haltung des Kopfes etwas hintenüber geneigt, Sprache meist krampfhaft schwerfällig. Intercurrent Gefühl brennender Hitze im Körper und öftere Anfälle acuter Lungenhyperämie. Dauer der Epilepsie mindestens 8 Jahre. Tod im 40. Lebensjahre.

Autopsie: Trübung der weichen Hirnhäute auf der Convexität. Verwachsung des rechten Hinterhorns. Sclerose und Atrophie der rechten Hemisphäre des kleinen Gehirns: Nucleus dentatus cerebelli knorpelhart. Verhärtung beider Oliven. Oedem und Hepatisation der Lungen.

Johann Huth, evangelisch, unverheirathet, früher Hirt, im Jahre 1853 wegen Epilepsie in das Landkrankenhaus zu Schwetitz aufgenommen, zwei Jahre später von da wegen Geistesstörung in die dortige Irrenanstalt translocirt (H. R. 11), ist von mir vom Jahre 1857 bis zu seinem im Jahre 1860 erfolgten Tode beobachtet worden. Ueber die Ursache und die Entwicklung seiner Krankheit fehlen alle Nachrichten.

Die epileptischen Anfälle traten bei dem Kranken in mässig starker Frequenz auf, etwa 3 bis 5 Mal im Monat: während eines Zeitraumes von 2 Jahren wurden im Ganzen 100 Anfälle und zwar an 91 verschiedenen Tagen beobachtet; in der Regel erfolgte innerhalb 24 Stunden nicht mehr als 1 Anfall, selten (während eines Zeitraumes von $2\frac{1}{2}$ Jahren nur 11 Mal) 2 Anfälle, niemals mehr als 2 Anfälle. Der längste krampffreie Zwischenraum betrug 27 resp. 28 Tage. Von 35 im Laufe des Jahres 1859 bei dem Pat. beobachteten epileptischen Anfällen traten 12 am Tage, 23 Nachts ein. Einige Male wurde nach stattgehabtem epileptischen Anfall Erbrechen und Kopfschmerz beobachtet, ein Mal Herausfallen aus dem Bette während eines Anfalls.

Einige Tage vor oder nach dem Eintritt eines epileptischen Anfalls, mitunter aber auch mitten in dem krampffreien Intervall waren bei dem Kranken triebartige in bestimmter Richtung sich wiederholende Locomotionen zu beobachten, nemlich: 1) ein manchmal stundenlang fortgesetztes Hin- und Herlaufen resp. Gehen in rascher Gangart auf dem Corridor; 2) Manöverbewegungen, d. h. Locomotionen in Kreisbahnen und zwar in der Richtung von links nach rechts; 3) Rotation um die Längsaxe (bei aufrechter Stellung), ebenfalls in der Richtung von links nach rechts. Auch diese

Drehbewegungen dauerten oft stundenlang. Wurde der Kranke in diesen seinen Zwangsbewegungen aufgehalten, so gerieth er in Unwillen und äusserte dann auch wohl auf Befragen: man solle ihn unbehindert lassen, er laufe, um die Welt zu erlösen. Die Kreisbahnen hatten in der Regel keine sehr grosse Ausdehnung, etwa 6 Fuss im Durchmesser.

Der Gang war etwas schwankend, jedoch keineswegs von eigentlich paralytischem Charakter, die Haltung des Kopfes und Nackens eine etwas nach hinten übergebeugte. Auch die Sprache zeigte eine elgenthümliche Behinderung: es fehlte ihr das Fließende und die Gleichmässigkeit des Vortrags; sie erfolgte vielmehr mit einer gewissen krampfhaften Anstrengung, oft nach sichtlich wiederholtem Ansatz gleichsam explosiv mit ungewöhnlichen Schwankungen der Betonung und mit ungewöhnlicher Dehnung einzelner Worte oder Silben, war jedoch sonst gehörig articulirt: die einzelnen Laute kamen rein und in richtiger Reihenfolge zur Aeusserung. Auch in seinen Bewegungen und Hantierungen erschien der Kranke ungelenk, linkisch und unbeholfen, so dass er zu keiner auch nur einige Sorgfalt erfordernden Arbeit fähig erschien. Gleichzeitig mit oder unmittelbar nach den Krampfanfällen pflegten sich öfters heftige Anfälle acuter Lungenhyperämie einzustellen, die sich nicht selten zu gefährdender Höhe steigerten und in der Regel Blutentziehungen durch Aderlass oder Schröpfköpfe erforderlich machten. Ein Anfall dieser Art, zu welchem sich entzündliche Anschopfung der Lungen hinzugesellte, führte den Tod herbei.

Auf geistigem Gebiete bestand bei dem Kranken eine allgemeine proportionale Abschwächung der intellectuellen Fähigkeiten ohne eigentliche allgemeine Verworrenheit; vielmehr war noch ein gewisser Zusammenhang, sowie in allerdings beschränkter Weise auch noch Gedächtniss und Urtheil vorhanden: u. A. hatte der Kranke in den ruhigeren Zeiten ein, abgesehen von seinem Specialwahn, in der Hauptsache richtiges Bewusstsein seiner Lage, seines epileptischen Leidens u. s. w. Die bei epileptischen Geisteskranken so häufigen Paroxysmen von Zornwuth (*Excandescencia furibunda*) und krankhafter Gemüthshyperästhesie fehlten auch bei dem Huth nicht. Dieselben pflegten sich durch zanksüchtiges Wesen, gesticulatorische Unruhe, sowie durch intensive Schrei- und Schimpfparoxysmen, mitunter selbst durch blindes Drein- und Umsichschlagen zu documentiren und von verschiedenen langer, meist auf ein oder einige Tage sich beschränkender Dauer zu sein. Als längsten Paroxysmus der Art finde ich einen von 13 Tage langer Dauer notirt und bezüglich zweier anderer von kürzerer Dauer die Notizen: „Pat. schrie und schimpfte die ganze Nacht hindurch“, „anhaltendes Schreien bis zur Heiserkeit“.

In den Zeiten grösserer psychischer Erregung trat ein besonderer fixer Wahn zu Tage, den man wohl als religiöse Monomanie, oder um missverständliche Deutungen des Wortes Monomanie auszuschliessen, als religiös-ekstatischen Specialwahn bezeichnen könnte, ein Wahn, dessen charakteristische Eigenthümlichkeit aber weniger in dem Vorwalten der religiösen Beziehungen (die durch häufiges Bibellesen erklärlich) als vielmehr darin zu suchen sein dürfte, dass es sich bei demselben um grossartige in das Bewusstsein sich eindringende Raum- und Bewegungsanschauungen drehte, nemlich um eine den Gesetzen normaler Asso-

ciation widersprechende, ganz heterologe Verknüpfung der Idee des Welt-Universums und einer sich vollziehenden Weltumgestaltung mit der Vorstellung seines Ich's. Den Mittelpunkt seines fixen Wahns bildete nemlich die Zwangsvorstellung, dass er eine „Welt-Abtheilung“ oder auch „die Welt“ schlechtweg „bekommen werde“ und zwar ganz räumlich gedacht, „in seinen Körper“. In dem gerichtlichen Explorationstermine sind u. a. folgende Antworten des Kranken protocollirt:

„Ja, ich habe das Tag und Nacht im Kopfe, dass ich die Welt werde kriegen.“ — „Das ist hier blos die Luft, aber den Himmel bekomme ich in meinen Körper zu stehen.“ — „Die Engel werde ich in mein Herz nehmen, in das goldene Herz.“ — „Ich habe das Alles von selbst in meinen Kopf gekriegt.“ Auch die Vorstellungen rauschender Musik und diejenige der Weltumdrehung waren in seinen Wahn verflochten; er äusserte u. A. er würde dann Alles haben, „auch Musik“, „Extra-Regimentsmusik“ und auf die Frage: „Was wird denn aus uns werden?“ „Ja, dann sind Sie so wie ich, dann sind sie Alle egal; dann hat sich die Welt unnütz gedreht und dann müssen wir Alles um uns behalten.“

Bei der 34 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Autopsie fand sich nun als bemerkenswerthe pathologisch-anatomische Veränderung eine ganz ausgesprochene, mit einiger Atrophie verbundene Sclerose der rechten Hemisphäre des kleinen Gehirns; ferner Verwachsung des hinteren Horns des rechten Seitenventrikels vom Calcar avis an; endlich auch eine mehr als gewöhnlich feste Beschaffenheit der beiden Oliven.

Die linke Hemisphäre des kleinen Gehirns liess keinerlei Abnormität wahrnehmen; ebenso war das Hinterhorn des linken Seitenventrikels in normaler Weise offen.

Die Sclerose der rechten Kleinhirnhemisphäre war am stärksten im Corpus rhomboideum s. dentatum ausgesprochen: letzteres hatte etwa die Grösse eines Pflaumenkerns und nahezu die Härte eines Knorpels.

Unter den übrigen Sectionsbefunden sind folgende hervorzuheben: Schädel symmetrisch, diploëreich, Stirn- und Hinterhauptbein 9 Mm., Schläfenbein ca. 4 Mm. dick, Gefässfurchen der Artt. meningeeae med. tief ausgeprägt, in der Scheitelhöhe, links und rechts von der Pfeilnaht je eine tiefe erbsengrosse, lochähnliche Pacchioni'sche Grube. Dura mater in der Stirn- und Schläfengegend ziemlich fest mit dem Schädel verwachsen. Sinus longitudinalis sup. fast ganz in den rechten Sin. transversus einmündend. Stirnhöhlen sehr geräumig, Cerebrospinalflüssigkeit in den Ventrikeln und im subarachnoidalen Gewebe in mässig starkem Grade vermehrt. Weiche Häute auf der convexen Oberfläche des grossen Gehirns milchig getrübt, etwas verdickt, lassen sich jedoch von der Oberfläche der Windungen ohne Läsion derselben abziehen. Glandula pituitaria fester als gewöhnlich.

Beide Lungen fast in ihrem ganzen Umfange angewachsen, ödematös, an den Rändern auch emphysematös; unterer Lappen der rechten Lunge in stärkerem Grade angeschopppt (rothe Hepatisation). Herz stark mit Fett bewachsen, anscheinend etwas vergrössert (einfache Hypertrophie), Klappen normal. Fettleber.

Epikrise. Neben den eigenthümlichen Motilitäts- resp. Loco-

motionsstörungen, welche dieser Fall darbietet, dürften auch die gleichzeitig bestehenden Besonderheiten der psychischen Störungen einige Beachtung verdienen, da beide in mehrfacher Hinsicht Analogien darbieten, welche auf eine gemeinschaftliche Beziehung zu der in diesem Falle vorgefundenen organischen Grundlage hindeuten.

In der That bilden die zwangsmässig dem Bewusstsein sich aufdrängenden eigenthümlichen Wahnvorstellungen des Pat. ebenso typische Phänomene auf dem Gebiete der psychomotorischen Vorgänge, der „Psychagogie“, wie es die typisch in vorgezeichneten Bahnen erfolgenden Zwangsbewegungen auf dem Gebiete der somatischen Locomotion sind.

Beiderlei Kategorien von Störungen haben zunächst das Gemeinsame, dass sie durch **innere Zwangsmotive** erfolgen, von denen sich die Kranken keine Rechenschaft zu geben und denen sie sich nicht zu entziehen vermögen. Die Idee des Pat., „dass er die Welt kriegen werde“ und „dass der Himmel in dem Innern seines Ichs zu stehen kommen werde“ drängt sich ebenso unabweislich und unablässig und mit ebenso zwingendem Impuls — ohne Zuthun des Willens oder der Ueberlegung — in's Bewusstsein des Pat., wie unbewusste Bewegungsimpulse den Pat. zur Locomotion in bestimmter Kreisbahnrichtung oder Rotation drängen. Die Wahnvorstellungen sind nicht etwa das Resultat von Reflexionen oder Insinuationen, der Kranke betonte ausdrücklich die autochthone Entstehung derselben mit den Worten: „Ich habe das Alles von selbst in meinen Kopf gekriegt“. Sodann kommen beide Erscheinungsreihen darin überein, dass sie in stereotypischer Gleichmässigkeit und Einerleiheit in Perioden von relativ langer Dauer sich bemerklich machen und wiederholen: Stundenlang dreht sich der Kranke in rechtsläufiger Kreisbewegung um einen und denselben Punkt im Raume und stundenlang („Tag und Nacht“) drängt sich in unablässiger Wiederkehr gleich einer Schraube ohne Ende eine bestimmte Gruppe wahnhafter Vorstellungen in den Focus des Bewusstseins. Endlich kommen auch beide Störungen darin überein, dass sie die Stellung und das Verhalten des Ichs im Raume betreffen — hier in concreto, dort in abstracto. So wenig Bestimmtes wir auch noch über die speciellen Functionen des kleinen Gehirns wissen, so scheint doch als nahezu sicheres Resultat der vielfachen Experimente und pathologisch-anatomischen Untersuchungen die Annahme berechtigt, dass das Cerebellum in naher Beziehung zur Locomotion¹⁾ steht, insbesondere zu den zur Erhaltung des Gleichgewichts bei Ortsbewegungen erforderlichen Leistungen der motorischen Apparate. Ohne hier näher auf die verwickelte Frage der Kleinhirnfunction einzugehen, möchte ich hier doch daran erinnern, dass neuerdings auch von Ferrier ganz besonders die Bedeutung betont wird, welche dem Cerebellum für die Regelung der Locomotion in Bezug auf die Stellung des Körpers im Raume zugeschrieben werden müsse. Er sagt²⁾: „Die früheren Versuche haben mit bemerkenswerther Uebereinstimmung für alle Thierklassen dargethan, dass mechanische Ver-

¹⁾ Vgl. u. A. Goltz, Beitr. z. Lehre v. d. Funct. d. Nervencentren des Frosches. S. 78 u. ff.

²⁾ Ferrier, Die Functionen des Gehirns. Uebersetzt v. Dr. Obersteiner. S. 101—102.

letzungen des Kleinhirns in der ersten Zeit, wenn nicht dauernd, derartige Gleichgewichtsstörungen nach sich ziehen, dass das Aufrechtstehen und die Locomotion schwer und manchmal auch gänzlich unmöglich werden. Dabei sind die Muskeln keineswegs gelähmt, noch erscheint die Ausführung solcher coordinirter Bewegungen, wie sie bei der Locomotion verwendet werden, unmöglich; denn die Thiere besitzen noch die Fähigkeit zu Willensbewegungen und die eben besprochenen coordinirten Combinationen von Muskelcontractionen können noch ebenso wie früher angeregt werden, doch stehen dieselben nicht mehr in richtigem Verhältnisse zur Stellung des Körpers im Raume und daher kommt es denn, dass das Thier bei seinen Bewegungsversuchen in äusserst hilfloser Weise taumelt und schwankt.“

Dass auch auf dem Gebiete der bei dem Pat. constatirten Anomalien der vorstellenden Thätigkeit grossartige und sublimen Raumanschauungen eine maassgebende Rolle spielen und dass der Wahn desselben daher am zutreffendsten als ekstatischer ¹⁾ zu qualificiren sein möchte, wurde schon oben angedeutet. Ergiebt sich doch als wesentlichstes Moment desselben das Entrücktsein des Geistes aus den Schranken der irdischen Verhältnisse in transcendental-ideale Regionen und die Verdrehung der Beziehungen der Vorstellung des Ichs zu den Vorstellungen des Weltenraumes.

Bei Würdigung der dargelegten Analogien drängt sich von selbst die Frage auf, ob nicht beiderlei Kategorien von Störungen in letzter Linie auf einen und denselben organischen Grundzustand beruhen können? Es ist ja eine bekannte, nicht etwa lediglich hypothetische, sondern hinreichend sicher gestellte Thatsache, dass sowohl sensorielle Eindrücke als auch motorische Vorgänge in Traum- und Wahnsinnszuständen sich auf dem Gebiete des Vorstellens, wie man sagt „reflectiren“, d. h. einen Form und Inhalt der Wahn- und

¹⁾ Dass der Wahn des Pat. trotz der Ideen vom „goldnen Herzen“ und von „Weltbekommen“ mit dem paralytischen Grössenwahn nichts gemein hat, versteht sich von selbst; die Wahnvorstellungen erwiesen sich schon dadurch als von dem der paralytischen Geisteskrankheit fundamental verschieden, dass ihnen nicht wie im paralytischen Grössendelirium das Gefühl unendlichen Wohlgefühls, vielmehr gerade im Gegentheil das andauernde nach Erlösung von dem Vorstellungszwange ringende Gefühl seines „phrenoleptischen“ Leidenszustandes zu Grunde lag und Pat. selbst seine Stimmung als eine stets traurige bezeichnete. — Ebenso muss betont werden, dass die Zwangsvorstellungen nicht etwa nur an die Paroxysmen congestiver Cerebralreizung gebunden erschienen, vielmehr auch in den ruhigen Zeiten im Bewusstsein haften blieben und gerade in diesen Zeiten einer relativen psychischen Gleichgewichtslage um so reiner und ungetrübt durch die Zuthat intercurrenter motorischer oder affectiver Reizung zu Tage traten. In den Paroxysmen starker Cerebralreizung traten noch anderweitige, auf anderer Basis beruhende Alterationen hinzu, so z. B. namentlich die Wahrnehmung excessiv gesteigerter Körpertemperatur und in Folge dessen Entkleidungstrieb. Auch die Idee der Weltumgestaltung blieb von dieser Wahrnehmung nicht unberührt; es resultirte daraus die Idee drohenden Weltbrandes. Zeitweise machte sich eine excessiv gesteigerte psychomotorische Spannung und Excitabilität geltend, dergestalt dass ganz harmlose Anreden genügten, den Pat. zu Ausbrüchen heftiger Zornwuth hinzureissen.

Traumgebilde bestimmenden Einfluss gewinnen können¹⁾. Auf Grund dieser Erfahrungen dürfte gegen die Annahme nichts einzuwenden sein, dass nicht allein in der Peripherie erregte oder sich abspielende sensorielle und motorische Vorgänge, sondern auch central entstehende und zur Geltung kommende Erregungen und Bewegungen einen bestimmenden Einfluss auf die Gestaltung und den Ablauf von Wahnvorstellungen nehmen können. Ein solcher Einfluss wird begreiflicher Weise am ehesten und nachhaltigsten zu Stande kommen können, wenn solche krankhafte Bewegungsimpulse nicht bloß transitorischer Natur sind, sondern in einer gewissen Constanz und Persistenz ihre Wirkung entfalten und wenn durch die hierdurch bedingte ununterbrochene Reihenfolge gleichartiger und gleichgerichteter Bewegungsvorgänge eine Summierung der Einzelwirkungen resultirt.

3.

Ueber einige Muskelanomalien.

Von R. J. Anderson.

1. Vorkommen eines Musculus tibio-tarsalis sive tensor fasciae plantaris.

An der linken Unterextremität einer männlichen Leiche entpringt ein Muskel an dem unteren Ende der Linea poplitea und dem hinteren Rande der Tibia, wo er bis zur unteren Grenze des mittleren Drittels reicht. Sein Ursprung ist sehnig, die Sehnenfasern setzen sich auf die vordere Fläche des Muskelbauches fort. Letztere ist 12 Cm. lang, 2 Cm. breit. Die Muskelfasern setzen sich am unteren Ende der Tibia fort in eine platt cylindrische schmale Sehne, welche an die mediale Fläche des Fersenbeins zwischen dem M. abductor hallucis und dem M. plantaris und an das Ligamentum laciniatum sich ansetzt. Einige Fasern setzen sich in die Fascia plantaris fort, aus diesen entstehen die Mm. abductor hallucis und flexor digitorum brevis. Der Musculus plantaris ist ebenfalls vorhanden und entsteht vom Ligamentum posterius des Kniegelenks neben dem medialen Kopf des Musc. gastrocnemius. Er

¹⁾ Am bekanntesten ist der Einfluss plötzlicher Veränderung der Muskelspannung auf die Hervorrufung der Vorstellung resp. der Traumempfindung des Fallens. Beispielsweise mögen hier noch kurz zwei von mir selbst genau beobachtete Transmutationen körperlicher Empfindungen in Wahnvorstellungen erwähnt sein. Ein Geisteskranker klagte kurz vor und während der Dauer eines Anfalls von Dysenterie darüber, dass er Würmer und Schlangen in seinem Bauche habe und dass seine Eingeweide von diesen Thieren benagt würden. Bei einer Epileptischen bildete sich in Folge einer Fractura tibiae sofort die Wahnidee man schneide in ihrem Fleische herum und wolle sie aufessen. Diese Wahnidee exacerbirte bei jeder Berührung resp. Bewegung des im Gipsverbande liegenden Unterschenkels, verschwand aber, nachdem vollständige Consolidation eingetreten war, spurlos. Vgl. auch Kraus, Der Sinn im Wahnsinn. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. XVI.