

### XXXIII.

## Ueber die Myelitis der Hinterstränge bei Geisteskranken.

Von

**Dr. v. Rabenau,**

Assistenzarzt der Landes-Irren-Anstalt zu Neustadt-Eberswalde.

~~~~~

Die folgenden Untersuchungen theile ich mit, weil sie zu der jetzt so vielfach discutirten Frage, die Erkrankung des Rückenmarkes bei Geisteskranken betreffend, ein, wenn auch wenig umfangreiches Material liefern. Es fand sich die unten näher zu beschreibende Erkrankung des Rückenmarkes in drei Fällen, welche zwar im Leben gewisse Symptome darboten, die auf eine derartige Erkrankung hinviesen, deren klinisches Gesamtbild jedoch keineswegs den Charakter der Krankheit trug, welche wir heutigen Tages als progressive Paralyse bezeichnen.

Die Erkrankung bot mikroskopisch das Bild der Myelitis und betraf die Hinterstränge und zwar in doppelter Weise. Im Halstheile fanden sich am in Kali bichromicum erhärteten Präparate die Goll'schen Keilstränge intensiv hell gefärbt, während der übrige Theil der Hinterstränge dunkel gefärbt war. Diese Erkrankung erstreckte sich nach oben bis zur Spitze des Calamus, d. h. oberhalb dieser Stelle liess sich keine pathologische Verfärbung nachweisen. Leider wurden diese Theile, wie auch das Mark, nicht auf Körnchenzellen untersucht.

Nach unten hörte sie dicht unterhalb der Halsanschwellung auf. Dafür waren von hier ab die Seitentheile der Hinterstränge, also ein schmaler Saum längs der Hinterhörner hell gefärbt, während der mittlere Theil dunkel erschien. Diese Verfärbung erstreckte sich bis zur Lenden-

anschwellung; hier verlor sie sich, ohne dass man bestimmt den Punkt angeben konnte, wo sie aufhörte.

Obwohl die klinische Beobachtung nicht so exact durchgeführt werden konnte, als dies für den vorliegenden Zweck wünschenswerth erscheinen dürfte, so geht doch so viel hervor, dass für alle drei Fälle gewisse gemeinsame Symptome aufgefunden werden können, welche man in Beziehung zu dem Rückenmarksleiden bringen kann.

Ich lasse die Krankengeschichten, ebenso wie die Obductionsbefunde, in aller Kürze folgen:

1. Beobachtung. Auguste B., geb. den 7. VIII. 1832, rec. den 14. IX. 1870. Keine Heredität nachzuweisen. Mässige Anlagen. Seit dem 16. Jahre menstruiert. Früher von blühendem Aussehen. Leicht reizbare Person. Mit 16 Jahren ging sie in Dienst nach Berlin und blieb daselbst drei Jahre. Sie wurde in der letzten Zeit ihres Aufenthaltes daselbst störrisch und eigensinnig, klagte über allgemeine Schwäche und Angstgefühl. Ostern 1852 kehrte sie nach Hause (Dahme) zurück und hackte sich dort den kleinen Finger ab — damit ihr Bräutigam sie wieder erkenne und einen Beweis ihrer Liebe habe.

Von nun an lag sie bald eine, bald mehrere Wochen zu Bett, mit der Angabe, dass sie schwach und krank sei, arbeitete dann wieder etwas, bis sie im Herbst 1862 bei Gelegenheit eines Augenübels erregter wurde, plötzlich nach Berlin reiste, und sich dort einer Kur unterwarf. Sie erblindete auf dem rechten Auge. Nach 18 Wochen kehrte sie nach Hause zurück, lag daselbst meist zu Bett, sprach und ass wenig, blieb meist allein. Sie war häufig obstruiert, regelmässig menstruiert. In diesem Zustande blieb sie sieben Jahre lang.

Im Juli 1870 stand sie auf, verlangte ärztliche Hülfe, klagte über Schmerzen im Kreuz und der Brust, nahm ein, um auf den Stuhl zu wirken; sie fing an, wieder zu gehen. Zugleich wurde sie reizbarer und heftiger; reiste plötzlich zu Verwandten, lief umher, um ihren Bräutigam zu suchen, trieb sich Nächte lang umher, wollte nach Mainz zu ihrem Verlobten reisen, woran sie verhindert wurde. Fing darauf an zu toben, fürchtete, vergiftet zu werden, nannte ihre Umgebung Mörder. Wollte ihre Ausstattung besorgen, meinte Kaiserin von Frankreich zu werden, ein von Gott gesandter Engel zu sein.

Zerriss und zerstörte ihre Sachen. Grosse Gefrässigkeit.

Status praesens 14. XI. 1870. Kleine, in hohem Grade abgemagerte Person; Schädel etwas flach, Stirn stark gewölbt. Eine nähere Untersuchung ist bei der hochgradigen Unruhe nicht möglich. Zum Zwecke der Reinigung gebadet, danach etwas ruhiger, beginnt indessen bald umherzulaufen, schreit laut: „Ach Vater, Papachen hole mir etwas zu essen, ich muss etwas zu essen haben“. Verschlingt in der gierigsten Weise, was sie in die Hände bekommen kann.

Im Laufe der nächsten Wochen grosse Unruhe, grosse Unreinlichkeit, schmiert mit Koth und Urin. Anfang Januar 1871, trotzdem sie nicht dauernd

zu Bette lag, sondern am Tage viel umher lief, brandiger Decubitus an den Nates. Unter Morphiumbehandlung leidliche Ruhe. Starke Gefrässigkeit.

28. I. 71. Decubitus an der rechten Ferse und dem Trochanter. Beantwortet leichtere Fragen ganz richtig, schreit dazwischen fortwährend nach Essen. Liegt dauernd zu Bett.

Bis zum 17. IV. psychisch unverändert, grosse Unruhe, Gefrässigkeit, Unreinlichkeit, aber nur noch mit Urin; sie erhielt regelmässig Clysmata. Ausgedehnter Decubitus am Os sacrum, den Trochanteren, Knien und Fersen. Die Beine stellten sich allmählig in eine starke im Knie flectirte Stellung, aus der sie selbst mit grosser Kraft nicht gestreckt werden konnten.

Patientin hustete, warf viel aus. Die Untersuchung ergab Catarrh in beiden unteren Lappen und der linken Spitze. Die Temperaturen schwankten vom 17. IV. bis 14. V. Morgens zwischen 35,6 und 37,2, Abends 37,5—38,9.

Am 15. V. Morgens 34,4 Abends 36,1.

Am 16. V. 33,7. Agone.

Tod um 10 $\frac{1}{2}$  Uhr.

Obductionsbefund. Obd. fact. 26 h. p. m.

Kleiner, zierlich gebauter, ausserst abgemagerter Leichnam. Allgemeines Oedem der Hautdecken. Auf beiden Fersen, Knien, Trochanteren und Os sacrum ausgebreitete brandige Decubitusgeschwüre. Muskulatur blass.

Im Wirbelkanal wenig Blut. Dura mater spinalis im Halstheile etwas mit der Pia verwachsen, sonst ohne erhebliche Veränderungen. Pia mater nicht getrübt, die grösseren Gefässe gefüllt, sonst nur schwach injicirt. Mark dünn, sehr weich, beide Substanzen blass, keinerlei Verfärbungen.

Nähte bis auf die Stirnnaht gut erhalten; Schädeldach etwas schwer, reichliche Diploë, mittlerer Blutgehalt.

Im Sulcus longitudinalis ziemlich viel theils flüssiges, theils gut geronnenes Blut. Die Dura schlottert über den Stirnlappen etwas, beim Eröffnen derselben fiesst etwas Flüssigkeit aus. Pia mater der Convexität ganz leicht über den Sulcis getrübt, etwas ödematös, überall leicht abziehbar.

Ventrikel von normaler Weite, beide Substanzen etwas blass, sowie etwas feucht

Im Herzbeutel ca. 4 Essloffel klarer Flüssigkeit. Das Epicardium ödematös; Herz etwas klein, im rechten Herzen gute Blutgerinnsel; Klappen zart, Muskulatur von guter Farbe.

In beiden Pleurahöhlen eine reichliche Quantität klarer Flüssigkeit. Linke Lunge schwach adhärent, klein, ödematös, ziemlich blutreich, im oberen Lappen einzelne, im unteren mehrfache verkreidete Heerde. Rechte Lunge voluminös, ziemlich blutreich, die hintere Hälfte des oberen Lappens verdichtet, luftleer, auf dem Durchschnitt braunroth, in das Gewebe zahlreiche grössere und kleinere käsige Heerde eingebettet; in der Mitte des Lappens eine haselnussgrosse Caverne, mit ausgebuchteten Wandungen. In den Bronchien zäher Schleim. Die ganze Lunge ödematös.

Im Abdomen ziemlich reichliche Quantität seröser Flüssigkeit. Milz klein schlaff, braunroth. Leber mit deutlicher Schnürfurche, von gutem Blutgehalt, an der Oberfläche leichte Verfettung. In der Gallenblase reichliche Galle und fünf kleine, sehr weiche Gallensteine.

Nieren mittelgross, etwas gelappt, die Kapsel an einzelnen Stellen adhärent, mittlerer Biotgehalt, Rinde vielfach grau-gelblich verfärbt.

An den Genitalien Nichts.

2. Beobachtung. Johann Kr., geb. den 12. IX. 1812, rec. den 18. IV. 1870. Der Vater ist 80 Jahr alt an Altersschwäche gestorben, war 30 Jahre vorher rechtsseitig gelähmt. Die Mutter lebt, 92 Jahr alt. 3 Geschwister leben und sind gesund, 2 sind gestorben, an Schwindsucht resp. „Salzfluss“. 2 Söhne des Patienten leben und sind gesund, eine Tochter ist todt.

Patient war stets ruhigen Temperaments, hat gut gelernt. Er hat das Schmiedehandwerk erlernt, hat 3 Jahre beim Militär als Handwerker gedient, sich mit 25 Jahren verheirathet, fing dann nach 6—8 Jahren einen Viehhandel an, und arbeitete später 13—14 Jahre als Schmiedegeselle. Im Jahre 1855 verzog er nach Berlin, 56 starb seine Frau, und von dieser Zeit an führte er ein vagabondirendes Leben. Er soll bis dahin moralisch gelebt, eine glückliche Ehe geführt und nicht übermässig getrunken haben.

Schon bevor er vagabondirte, kam er allmählig in seinen Verhältnissen zurück. Später wurde er wiederholt wegen Landstreichens und Bettelns bestraft und schliesslich in das Landarmenhaus zu Straussberg gebracht. Hier arbeitete er anfänglich gut, seit Weihnachten 1870 fing er an zu träumen, so dass er selbst zum Kartoffelbuddeln nicht zu verwenden war. Kam dann wegen einer erfrorenen Zehe ins Lazareth. Las hier viel in Bibel und Gesangbuch, verlangte das heilige Abendmahl. Sechs Wochen vor der Aufnahme fing er an, Nachts zu singen, räumte Anderen das Bett aus, später seinen Strohsack, fing an, mit Koth und Urin zu schmieren.

Status präsens 20. IV. 1871. Mittlgrösser, schlecht genährter Mann. Schädel klein, Stirn niedrig, Haare auf dem Scheitel fehlend. Backenknochen stark hervortretend, so dass das Kopfscelett an den mongolischen Typus erinnert. Augen grau, Presbyopie mässigen Grades; Pupillen gleich, etwas eng, gut reagirend.

Ohren gross und abstehend. Patient hört etwas schwer.

Im Gesicht ist die linke Nasolabialfalte stärker ausgeprägt, als die rechte. Zähne gut erhalten, die unteren Schneidezähne bedecken die oberen.

In der Motilität der Extremitäten beiderseits kein Unterschied. Der Gang ist etwas steif (nicht recht zu prüfen, wegen der Wunde am Fuss.)

Sensibilität anscheinend normal. Rechts vorn in der Regio infraclavicularis leichte Dämpfung und reichliches mittlgrössblasiges Rasseln. Am Herzen und den Unterleibsorganen Nichts.

Leichter Durchfall.

Der ganze Körper ist mit zahlreichen grösseren und kleineren Furunkeln bedeckt. Am Rücken eine zwei Thaler grosse Wunde, von einem kleinen Abscess herrührend. An der rechten grossen Zehe fehlt das Nagelglied, am Stumpf eine fünf Groschen grosse Wunde.

Patient giebt über seine Vergangenheit ziemlich gute Auskunft, beklagt sich über die schlechte Behandlung im Lazareth, hier werde man freundlich behandelt. Dort sei er geprügelt und gefesselt worden, man habe ihm immer das Schlechteste gegeben. Freut sich, dass hier Alles so reinlich sei, schmiert

nichts destoweniger in der Nacht sich und das Bett voll Koth, behauptet aber, er habe den Abend etwas Biersuppe verschüttet.

29. IV. Schmiert fortwährend mit Koth, thut denselben, wenn unbeaufsichtigt (liegt wegen des Geschwürs zu Bett) in den Essnapf, schmiert Bett und Wände voll Koth und Urin. Das sei nur Zufall, er werde doch so etwas nicht thun, er habe wohl kein Papier gehabt.

30. IV. Nach Decoct. colombo mit Tr. Opii nicht mehr geschmiert, heute unruhig, spricht verwirrt, man solle seinen Nächsten lieben, seine Mutter sei seine Nächste.

3. V. Reisst die Verbände ab, zerreisst Hemden. Seit 3 Tagen kein Stuhl. Morphiumbehandlung. 19. V. Ruhiger, versucht beim Strohflechten zu helfen, ist nicht im Stande, dies zu erlernen.

3. VI. Temp. 39,0. Puls 112. Rechts vorne starke Dämpfung ober- und unterhalb der Clavicula bis zur 4. Rippe, über der 3. tympanitischer Ton. Inspiration unbestimmt, Expiration bronchial, bei tiefer Respiration reichliches Rasseln. Starker schleimig-eitriger Auswurf. Oedem der Füsse; im Urin kein Eiweiss. Temp. Abends 38,6. 4. VI. Temp. 37,2. Puls 68.

12. VI. Auswurf geringer. Normale Temperaturen. Ausser Bett.

Verkehrt viel mit einem, exquisite Grössenideen entwickelnden Paralytiker und freut sich mit demselben über dessen vermeintliche Schätze. Hat dessen Bein über seine Kniee gelegt und reibt es mit den Händen, mit einem zärtlichen Blick auf den Kranken: „Die Beine sind so schön, so schön angewachsen, viel schöner, als meine Beine, der muss doch wohl noch jünger sein, als ich.“

13. VI. Zeigte gestern Abend keine Veränderung gegen sonst, ging wie gewöhnlich zu Bett, wurde heute früh agonisirend gefunden. Puls 124, kaum zu fühlen. Temp. 36,7.

Ganze rechte Seite gedämpft, reichliches Rasseln. Stöhnt zuweilen. Resp. 20.

Augen gebrochen, Pupillen eng, in momento mortis erweitern sich die Pupillen ad maximum. Temp. 36, 2. Tod um 6½ Uhr Morgens.

Obductionsbefund 29 h. p. m.

Mittelgrosser, sehr schlecht genährter Mann; mässige Todtenstarre. Beide Beine in mittlerem Grade ödematös.

Im Wirbelkanal wenig Blut. Dura im hinteren Umfange mässig getrübt, im Ganzen etwas blass. Pia mässig injicirt, im hinteren Umfange wenig getrübt. Mark selbst weich, von mittlerem Blutgehalte; im Halstheile in den Hintersträngen zu beiden Seiten der Medianlinie eine gestrichelte röthliche Verfärbung. Schädel leicht, wenig bluthaltig, wenig Diploë. Im Sulcus longitudinalis ein gutes Blutgerinnsel. Dura vorn am Stirnbein in einer Ausdehnung von Sechsergrösse am Knochen adhärent, sie ist nicht verwachsen, über den Stirnlappen ein wenig schlotternd, an einzelnen Stellen etwas verdickt, mässig injicirt. Pia ebenfalls mässig injicirt, im Verlaufe der Gefässe wenig getrübt, nach hinten zu leicht ödematös. An der Basis sehr schwach getrübt. An der linken Arter. vertebralis 1/2" vor dem Eintritt in die Art. basilaris eine spindelförmige, ca. 5" lange aneurysmatische Erweiterung. Die Arterie hat hier die doppelte Weite der rechten, ihre Wandung ist hart und gelblich verfärbt. Pia überall leicht abziehbar.

Ventrikel wenig erweitert, in den Plexus der Seitenventrikel mehrere cystenartige mit wässerigem Inhalte gefüllte Bläschen. Rindensubstanz, besonders an den Gyris der Stirnlappen, verschmälert; beide Substanzen sehr weich, feucht, von mittlerem Blutgehalt. Im Herzbeutel sehr wenig Flüssigkeit. An dem Epicardium, besonders über dem rechten Vorhof und Ventrikel ziemlich starke Verdickungen, an einer Stelle über dem linken Ventrikel Peri- und Epicardium innig verwachsen. Herz gut contrahirt. An der Mitralis und im Anfangstheil der Aorta leichte Verdickungen.

Linke Lunge vielfach angewachsen, im oberen Lappen stellenweise röthlich, stellenweise grau-schwarz gefärbt, durchsetzt von zahlreichen käsigen Heerden und Cavernen, Gewebe selbst lufthaltig, ödematös, der untere Lappen braunroth, lufthaltig, ödematös, ebenfalls von zahlreichen kleinen käsigen Heerden durchsetzt. Rechte Lunge überall innig verwachsen, der obere Lappen enthält eine grosse, vielfach ausgebuchtete Caverne, welche nach vorn zu von der verdickten Pleura begrenzt wird. Das übrige Gewebe schiefergrau, luftleer und von zahlreichen kleinen käsigen Heerden und Cavernen durchsetzt. Die unteren Lappen braunroth, lufthaltig, ödematös, mit wenigen käsigen Heerden.

Milz matsch, von mittlerem Blutgehalt.

Leber mittelgross, etwas blutreich, stellenweise leicht verfettet.

Nieren mittelgross, mässig blutreich.

Mesenterialdrüsen geschwollen. Im Ileum eine narbig eingezogene, grau-schwarz pigmentirte Stelle.

### 3. Beobachtung. Albert B., geb. 1838, rec. den 17. VI. 1858.

Patient wurde am 28. April 1858 durch ein Gewitter erschreckt. Er glaubte, die Mühle, in der er schlief, brenne ab und er sei unrettbar verloren. Bis zu diesem Augenblick soll er gesund gewesen sein. Weiter heisst es im Atteste: Sein Zustand — mit Fieber verbunden — schien anfänglich der eines heftig entzündlichen Zustandes im Gehirn mit Tobsucht zu sein, weshalb ich ihm eine sehr kräftige Venäsection applicirte, ihm Blutegel an den Kopf, später kalte Umschläge, Schropfköpfe auf Rücken und Schenkel, sowie grosse Sinapismen, Laxanzen und Neutralsalze etc. verordnete, doch ohne Erfolg; die weitere Beobachtung desselben stellte heraus, dass der B. an Geistesstörung leidet etc.“ Er wurde gewalththätig gegen Andere, kurz, scheint sich in einer äusserst starken Erregung befunden zu haben. Am 17. VI. 1858 wurde er in die Irren-Anstalt zu Neu-Ruppin aufgenommen und am 15. XII. 1858 als „geheilt“ entlassen. Er zog dann umher und kehrte Juni 1864 nach Hause zurück, wo man wieder Geistesstörungen bei ihm wahrnahm. Er glaubte sich verfolgt etc., wurde gegen seine Umgebung gefährlich, indem er sie hinterlistig mit Messern anzufallen suchte; nach und nach wurde er stiller, sprach zuletzt gar nicht mehr.

Status praesens 7. XI. 1864 Mittelgrosser, schlanker Mann. Ueber die linke Stirnhälfte verläuft eine bogenförmige starke Narbe, welche über dem rechten Orbitalrande beginnend, sich bis nach aussen von der linken Augenhöhle erstreckt und mit ihrem mittleren Theile fast bis an die Grenze der Haare reicht. Die Narbe ist über dem Knochen beweglich, doch ist auf der Höhe derselben eine Furche im Stirnbein zu fühlen.

Pupillen mittelweit, reagiren gut.

An den Brust- und Bauchorganen nichts Krankhaftes.

Stupider Gesichtsausdruck. Patient verhält sich still, spricht von selbst gar nicht und nur auf wiederholtes Fragen giebt er mit leiser Stimme und öfter mit einem Ansatz zum Lächeln kurze und in Bezug auf seine Vergangenheit richtige Antworten. Er arbeitet mechanisch, was ihm aufgetragen wird, steht oder sitzt vielfach in der Ecke. (Die Narbe soll im 5. Jahre durch den Schlag einer Maschine entstanden sein)

8. I. 1866. Seit einigen Tagen unthätig, leicht ärgerlich. Geht zuweilen starken Schrittes auf und ab, und spricht vor sich hin. Hallucinationen des Gehörs, wird dadurch oft gewalthätig gegen Andere.

8. X. 1867. Unverändert. Lässt in der letzten Zeit oft seine Excremente in den Essnapf und isst davon.

8. I. 1868. Zeitweise erregt, fängt leicht Schlägerei an. Isst noch zuweilen Koth und trinkt Urin.

12. II. Hat in der letzten Zeit nicht mehr von seinen Excrementen gegessen. Ist zugänglicher.

30. XI. Erregt, die Anstalt gehöre ihm, die Wärter hätten ihm zu gehorchen.

8 XII. Spricht noch öfter davon, die Anstalt gehöre ihm; will die Schlüssel der Anstalt haben.

1. IV. 1869. Am 8 III. Gesichtrose. Hatte nachdem das Erysipel abgeheilt war, noch bis zum 21. III. Abends mässiges Fieber (38,4). Klagte über Schmerzen in der linken Schulter.

Vom 20. III. bis 20. VIII. 1870 behandelte ich selbst den Patienten. Psychisch bot er nichts Besonderes gegen früher. Ich fand jedoch, dass er etwas breitbeinig und etwas steif ging. Wenn er sich vom Stuhle erheben wollte, so konnte er das nur mit einer gewissen Anstrengung, indem er die Arme aufstützte.

2. X. 1870. Bedeutender, Hühnerei grosser Abscess auf dem Brustbein, der durch Eitersenkung von der 2. linken Rippe entstanden zu sein scheint, nach seiner Angabe war die Veranlassung ein Trauma, die Punction entleert viel dünnen Eiter.

18. XI. Starke Eiterung. Mit der Sonde kommt man bis zur 2. linken Rippe. Erbrechen und Durchfall. Mässiges Fieber.

19. XI. Aufgestanden. Kein Erbrechen etc.

21. XI. Husten bei tiefem Athemholen. Klagt über Schmerzen rechts in der Gegend des Zwerchfells und im linken Ellenbogengelenk. Rechts Dämpfung bis zur Spitze und vermindertes Athemgeräusch. S. 39,6. P. 112.

24. XI. Dämpfung geringer. 37 6.

28. XI. Aufgestanden.

1. IV. 1871. Die Fistel sondert noch stark ab. Öfteres Hüsteln.

21. V. Spricht in der letzten Zeit undeutlicher, als sonst. Uebrigens unverändert.

25. V. Liegt fast dauernd zu Bett, „weil es mir zu kalt ist“, kommt sichtlich herunter. Gestern früh 40,0, heute 37,8.

11. VI. Beim Athemholen zischendes Geräusch, als communicire die Fistel mit der Lunge.

16. VI. In der Nacht ruhig gelegen, fühlt sich sehr matt. Fragt um 8 $\frac{1}{2}$  Uhr: „Na, wie geht es Ihnen denn?“ Um 9 Uhr Agone. Tod um 9 $\frac{1}{2}$  Uhr.  
Obductionsbefund:

Leichte Trübung der Meningen des Rückenmarkes am hinteren Umfange. Mark weich, etwas blutreich. Keinerlei Verfärbungen.

Auf dem Stirnbein eine halbmondförmige Depression. Der Knochen ist daselbst mit der Galea verwachsen. In der Haut dem entsprechend eine tiefe Narbe. An der Dura daselbst keine Veränderungen. Rechts auf der Innenfläche der Dura ein rostfarbener Belag. Pia längs der Sulci getrübt. Gehirn etwas weich und feucht. Ventrikel nicht erweitert.

Auf dem Sternum befindet sich die Oeffnung eines Fistelganges, durch den man zwischen der 3. und 4. Rippe rechts in die Brusthöhle gelangt.

In dem oberen linken Lungenlappen eine kleine Caverne. Der untere Lappen von zahlreichen kleinen käsigen Heerden durchsetzt. Rechte Lunge stark adhärent, die Pleura pulmonalis vorn schwartig verdickt. Mit der Fistel communicirt eine nussgrosse Caverne, welche ihrerseits mit einem grösseren Bronchus zusammenhängt. Die ganze Lunge von kleinen käsigen Heerden und Cavernen durchsetzt.

In den Drüsen des Unterleibes keine bemerkenswerthen Veränderungen. Im Ileum zahlreiche oberflächliche Geschwüre. (Journal und Obductionsbefund sind im Auszug wiedergegeben. Das, was für den vorliegenden Zweck durchaus unwesentlich war, habe ich fortgelassen).

Was nun die Erkrankung an sich betrifft, so ist, wie schon gesagt, die Untersuchung am frischen Präparate verabsäumt worden, ich kann daher über das etwaige Vorhandensein von Körnchenzellen nicht urtheilen. Nach Analogie mit ähnlichen Befunden bei der progressiven Paralyse wird man wohl annehmen müssen, dass dieselben vorhanden gewesen sind. Am erhärteten Präparate fanden sich keine Körnchenzellen.

Mikroskopisch charakterisirte sich die Erkrankung als Myelitis. Die erkrankten Theile nahmen durch doppelt chromsaures Kali eine gegen des umgebende gesunde Gewebe stark abstechende helle Farbe an; mit Carmin färbten sie sich intensiver roth, als das gesunde Gewebe. An, durch Carmin gefärbten und Ol. terebinth. erhellten feinen Querschnitten des Rückenmarks zeigte sich, dass das ganze erkrankte Gewebe aus einem groben Maschenwerk bestand, welches sich zwischen den Querschnitten der Nervenfasern hinzog und zwar so, dass jede einzelne oder auch mehrere Fasern umgeben waren von einem breiten rothen Ringe; an den Knotenpunkten des Maschennetzes sah man dickere unregelmässige stark roth gefärbte Figuren, welche an Stellen selbst dem Durchmesser der Lücken gleich kamen. In den Lücken selbst sah man noch manche erhaltene Achsencylinder, in vielen fehlten dieselben dagegen und war die Lücke einfach ungefärbt d. h. weiss. Es ist nicht der Zweck dieser Arbeit, auf das feinere histologische Detail einzugehen. Es genügt diese kurze Beschreibung, um die Krankheit als Myelitis zu charakterisiren.

Am frischen Mark fand sich nur bei der 2. Beobachtung im Halstheile der Hinterstränge zu beiden Seiten der Medianlinie eine gestrichelte röthliche Verfärbung.



Der übrige Leichenbefund war folgender:

Rückenmark: Die Häute einmal bis auf leichte Verwachsungen intact, zweimal beide Häute im hinteren Umfange etwas getrübt. Das Mark einmal dünn, sehr weich, zweimal weich.

Hirn: Einmal leichte Trübung und Oedem der Pia, leichte Atrophie des Hirns; einmal Verwachsung der Dura mit dem Stirnbein, leichte Verdickungen der Dura, leichte Trübungen und Oedem der Pia, geringe Atrophie des Hirns; einmal alte Pachymeningitis hämorrhagica rechts, leichte Trübung der Pia.

Bei allen 3 Fällen finden sich ulcerative Processe in den Lungen und starke Abmagerung.

Es fragt sich nun, ob man in den vorliegenden Fällen den pathologisch-anatomischen Befund mit dem klinischen Bilde in Einklang bringen kann, d. h. ob man im Leben die Rückenmarkskrankheit diagnosticiren konnte, eventuell für die Zukunft nach diesen Erfahrungen eine solche Diagnose mit einiger Sicherheit stellen kann.

In dem zweiten Fall hätte man die Diagnose unzweifelhaft auf ein Rückenmarksleiden stellen können. Der steife Gang wies vor Allem darauf hin. Den leichten Unterschied in beiden Facialisgebieten möchte ich als nicht von Bedeutung ansehen. Es ist dies etwas so Gewöhnliches auch bei nicht Gehirn- oder Rückenmarkskranken, dass man nicht viel darauf geben kann. Sodann zeigte Pat. aber ein Symptom, das er mit vielen Paralytikern gemeinsam hatte, er schmierte und verunreinigte sich hartnäckig mit Koth. Daraus, dass, sobald man ihm seinen Durchfall stopfte, dies Symptom ausblieb, ferner Patient die Unreinlichkeit zu entschuldigen und zu leugnen suchte, kann man wohl schliessen, dass Patient nicht im Stande war, den etwas dünnen Stuhl zu halten. Es kann eine derartige Unreinlichkeit ja auch durch psychische Ursachen bedingt sein, aber einestheils war Patient nicht so blödsinnig, dass dies die Ursache gewesen sein könnte, anderentheils empfand er ein offenes Missbehagen über den Schmutz, also war das Schmieren nicht etwas Absichtliches, wie man es sonst öfter bei chronischen Geisteskranken findet.

Schliesslich muss ich eine Aeusserung des Patienten erwähnen. Die Scene, als er die Beine eines Anderen mit Wohlgefallen betrachtete, und auf den Unterschied von seinen eigenen aufmerksam machte „der muss doch wohl jünger sein, als ich“, könnte vielleicht als eine Aeusserung subjectiven Schwächefühls aufgefasst werden.

Bei der 3 Beobachtung sind die Symptome weniger prägnant. Der Gang ist etwas breitbeinig und etwas steif, Patient erhebt sich vom Stuhle, indem er sich mit den Armen auf den Tisch stützt. Das Kothessen und Schmieren ist in diesem Falle wenigstens nicht mit

irgend welcher Wahrscheinlichkeit auf Lähmung des Sphincter zurückzuführen. Ebenso lassen sich die Schmerzen in Schulter, Ellenbogen und Rippenrand verschiedenartig deuten.

Bei der 1. Beobachtung tritt zunächst ein Symptom auf, das bei den Anderen fehlt. Die Patientin klagte im Jahre 1851 über allgemeine Schwäche und Angstgefühl. 1852 legte sie sich dauernd zu Bett, mit der Angabe, dass sie schwach und krank sei. Im Juli 1870 klagte sie über Schmerzen im Kreuz und auf der Brust. Es sind dies nicht zu vernachlässigende subjective Symptome.

Weitere Erscheinungen sind die schon zum Theil als subjectives Symptom gedeutete Bettlägerigkeit und der Decubitus. Die in der Anamnese erwähnte Bettlägerigkeit kann als rein psychisch (die Krankheit scheint damals den Eindruck hysterischer Alienation gemacht zu haben) gedeutet werden. Anders ist es mit der in der Anstalt beobachteten. Man wird nie finden, dass ein Kranker, der durch üble Laune, Unlust zur Arbeit, oder durch Wahnvorstellungen resp. Hallucinationen bestimmt wird, dauernd zu Bett zu liegen, sich in der Weise durchliegt. Solche Kranke können vielmehr Jahre lang zu Bett liegen, ohne sich durchzuliegen, höchstens werden sie etwas wund, zu tiefgehendem, brandigem Decubitus kommt es nicht. Bei Rückenmarkskranken tritt zunächst als ätiologisches Moment die Unreinlichkeit und erschwerte Beweglichkeit des Körpers auf, daneben müssen aber noch specifische, trophische Einflüsse stattfinden. Jedenfalls wird man nicht fehl gehen, wenn man einen tiefgehenden brandigen Decubitus bei einem Geisteskranken, der nicht so apathisch ist, dass er deswegen absolut ruhig liegt (und dies war bei der Patientin keineswegs der Fall, im Gegentheil, während Pat. noch am Tage umherging, entstand Decubitus), für die Diagnose einer nachweisbaren Erkrankung der nervösen Centralorgane verwerthet. Andererseits beweist der Umstand, dass Patientin trotz der Schmerzen, die ihr durch den Decubitus erzeugt wurden, nicht aufstand, dass es ihr factisch unmöglich war, zu gehen; man kann also aus dieser Bettlägerigkeit auf eine Parese der Unterextremitäten schliessen.

Ein weiteres Symptom ist die allmälige Flexionsstellung der Beine, die selbst mit grosser Kraft schliesslich nicht mehr zu überwinden war. Es ist dies ein bei chronischen Rückenmarksleiden ziemlich häufiges Symptom. Endlich muss noch die hartnäckige Unreinlichkeit erwähnt werden. In diesem Falle lässt sich zwar nicht erweisen, dass dieselbe auf rein somatische Ursachen zurückzuführen ist, indessen wahrscheinlich ist dies denn doch zum Theil. Vor Allem ist

hier wieder der Umstand ins Auge zu fassen, dass Pat. unter einer geeigneten Behandlung das Schmieren mit Koth liess, dagegen den Urin weiter ins Bett liess. Ob die Gefrässigkeit rein psychisch war, lasse ich dahin gestellt. Man findet dieses Symptom auch häufig bei Paralytikern. Die übrigen Veränderungen in der Leiche lasse ich hier unerörtert. Aus einem so kleinen Material ist kein Schluss zu ziehen. Vielleicht ist zu erwähnen, dass alle Drei ulcerative Processe in den Lungen darbieten, worin wohl die Todesursache zum Theil zu sehen ist. Es ist dies in sofern zu beachten, als diese Kranken, nach dem langen Verlaufe zu urtheilen, nicht direct durch ihre Rückenmarkskrankheit getödtet werden, sondern durch accidentelle Krankheiten, also, wie ein grosser Theil der chronischen Irren, durch chronische Lungenleiden, ein wohl zu beachtender Unterschied von der progressiven Paralyse, wo eine überwiegende Mehrzahl der Krankheit selbst und deren directen Folgen erliegt.

Auf die Frage nach dem Zusammenhange der psychischen Krankheit mit der Rückenmarkserkrankung kann ich nicht weiter eingehen. Ich glaube, dass diese Frage zur Zeit noch nicht discutirbar ist. Natürlich kann ich in diesen speciellen Fällen gar nicht daran denken, darüber eine Meinung zu äussern, da ich die Gehirne nicht mikroskopisch untersucht habe.

Es scheint mir nicht unnöthig, einzelne Punkte zu betonen, in denen sich diese drei Kranken von dem Bilde der progressiven Paralyse unterschieden, vor Allem von den Fällen, bei welchen Westphal das constante Vorkommen der grauen Degeneration der Hinterstränge nachgewiesen hat. In psychischer Beziehung boten sie wenig Aehnlichkeit. Bei zwei Kranken werden Grössendelirien erwähnt, indessen traten dieselben wenig hervor.

Der für die Paralyse charakteristische hochgradigs Blödsinn fehlte in allen Fällen. Bei Beob. 1. wird noch zum Schluss angegeben, dass sie einfache Fragen richtig beantwortet; Beob. 2., der Blödsinnigste von Allen, konnte doch noch Reflexionen über die verschiedene Stärke der Beine anstellen; Beob. 3. war entschieden nur in mässigem Grade dement. Es kann ja auch bei der Paralyse eine nur mässige Demenz stationär bleiben, indessen ist dies selten.

Alle drei haben nie Schwindel- oder Krampfanfälle gehabt. Ob sie bei geschlossenen Augen schwankten, weiss ich leider nicht, es ist hierauf in allen drei Fällen nicht geachtet worden.

Der Gang erinnerte in keiner Weise an Tabeskranke, er war einfach steif, wie man dies recht häufig bei alten marastischen Leuten findet.

Sprachstörungen finden sich in keinem Falle. Nur bei Beob. 3 wird in der letzten Woche vor dem Tode, als Patient entschieden körperlich abfiel, angegeben, dass die Sprache undeutlicher wurde.

Schliesslich sei noch die Dauer der Krankheit erwähnt. Dieselbe betrug bei einem 20 Jahre; bei zweien 15 Jahre, denn seit dem Jahre 1856 führte er ein vagabondirendes Leben, was bei einem Menschen, der bis dahin in anständigen Verhältnissen gelebt hat, später aber evident geisteskrank wird, wohl als Anfang dieser Krankheit bezeichnet werden muss; bei dreien 13 Jahre.

Es ist dies eine Krankheitsdauer, welche bei der progressiven Paralyse selten vorkommt. Selbst bei den durch Tabes bedingten Paralyse ist dies selten. Sieht man die von Westphal mitgetheilten Fälle durch, so findet man die Dauer der Krankheit von dem Eintritt der psychischen Störung bis zum Tode in einem Falle (Nr. 5) auf 13 Jahre angegeben. Die übrigen Kranken haben ihre Psychose nicht länger als höchstens vier Jahre ertragen. Rechnet man von dem Eintritte der ersten Symptome der Rückenmarksaffection, so ergibt sich 17 Jahre für Fall 5, 9—16 Jahre für C., 15 Jahre für Fall 3, 13 Jahre für D., die übrigen endeten in bedeutend kürzerer Zeit. Wollte man dies indessen ohne Weiteres vergleichen, so würde man einen Fehler begehen. Bei den mir vorliegenden Fällen achtet die Anamnese gar nicht auf die Spuren, auf welche in den Westphal'schen Fällen geachtet worden ist. Man muss also bei beiden Reihen die Dauer der Krankheit vom Eintritt der Psychose bis zum Tode vergleichen.

Aus dieser langen Dauer der Krankheit einerseits, andererseits aus dem jedesmaligen Vorhandensein von schweren anderweitigen somatischen Erkrankungen (chronische Lungenleiden) geht hervor, dass die Krankheit selbst nicht direct zum Tode führt, sondern der Tod durch accidentelle, mit der Krankheit nicht unmittelbar zusammenhängende Ursachen herbeigeführt wird. Die Paralytiker starben häufig im Anfälle, oder an mehr acuten, durch den Anfall herbeigeführten Lungenaffectionen. Andere gehen durch Decubitus zu Grunde. Nur ein Theil stirbt durch Marasmus, und selbst dieser Marasmus kann seine Ursache lediglich in der centralen Erkrankung haben, wie der in Bezug auf andere Organe öfter negative Befund zeigt. Bei unseren Kranken, wenigstens bei 2 und 3, muss man zugeben, dass sie an dem Lungenleiden ebenso gut hätten sterben können, wenn ihr Rückenmark gesund gewesen wäre. Bei 1 wurde der Tod durch den Decubitus hauptsächlich herbeigeführt. Der Decubitus hing allerdings direct von

dem Rückenmarksleiden ab, aber man kann nicht verkennen, dass der rasche Verfall der Kräfte zum grossen Theil auch durch die ulcerativen Processe in den Lungen herbeigeführt und durch diese Entkräftung wieder ein nicht unwesentliches Moment zur Entstehung des Decubitus gegeben wurde.

Die Bedeutung derartiger Fälle, wie die hier mitgetheilten, ist für die Beurtheilung der progressiven Paralyse nicht gering. Westphal hat bekanntlich in seinen verschiedenen Arbeiten den Zusammenhang der progressiven Paralyse mit Rückenmarkserkrankungen nachgewiesen. Er stellt schliesslich den Satz auf, dass allgemein bei der progressiven Paralyse Rückenmarksaffectionen nachgewiesen werden können.\*) Dadurch wurde der Anlass zu weiteren Untersuchungen gegeben und hat namentlich Simon\*\*) eine grössere Reihe von Untersuchungen veröffentlicht. Er stellte sich bei seinen Untersuchungen ein doppeltes Ziel. Erstens wollte er sehen, ob Rückenmarkserkrankungen ein allgemeines Vorkommen bei der progressiven Paralyse sind. Ich komme vielleicht in einer späteren Arbeit auf diesen Punkt zurück. Sodann warf er die Frage auf, ob diese Erkrankungen lediglich bei der Paralyse vorkommen. Simon hat nun nachgewiesen, dass dies nicht der Fall ist. Er sagt darüber Bd. II. Hft II. Seite 351: „Es sind insbesondere zwei Krankheitsgruppen, in denen ich häufiger ausgesprochene Körnchenzellen-Myelitis gefunden; bei Phthisis und bei verschiedenen Formen chronischen Irreseins, wie bei langjähriger Verrücktheit, die sich aus Manie oder Melancholie entwickelt, besonders aber bei der senilen Dementia alter Frauen. In einzelnen dieser Fälle waren motorische Störungen vorhanden gewesen, in anderen war die Krankheit latent geblieben.“

Ueber die Symptome bei Phthisikern habe ich kein Urtheil, da mir das einschlägige Material fehlt. Dass die Myelitis auch bei anderen Formen der Geistesstörung, als der progressiven Paralyse, vorkommt, glaube ich durch diese Mittheilung bestätigt zu haben. Nur das kann ich nicht bestätigen, dass die Krankheit latent geblieben wäre. In den Fällen, wo ich eine Erkrankung post mortem fand, wiesen stets gewisse Symptome auf eine solche hin. Es muss natürlich eine fortgesetzte Beobachtung zeigen, ob dies immer der Fall ist. Sollte sich dies als richtig herausstellen, so wäre damit ein neuer Gesichtspunkt für die Beurtheilung der progressiven Paralyse gegeben.

---

\*) Virchow's Archiv. Bd. XXXIV.

\*\*) Dieses Archiv Bd. I. 3, Bd. II. 1 u. 2.

Man würde dann dieses Krankheitsbild, das für unsere gegenwärtigen Anschauungen doch entschieden etwas Gezwungenes hat, einfach fallen lassen und nur noch von einer Erkrankung der verschiedenen Stränge reden. Simon hat leider nur in Fall 1 angegeben, an welchen Stellen er bei seinen „Nicht-Paralytikern“ Körnchenzellen fand. Es wäre interessant, zu erfahren, ob er die Myelitis vielleicht auch in der von mir beschriebenen Weise auf die Hinterstränge beschränkt gefunden hat in den Fällen, die klinisch nicht unter dem Bilde der progressiven Paralyse verliefen.

Dieses auf pathologisch-anatomischer Basis aufgestellte Krankheitsbild würde natürlich keineswegs mit dem klinischen Bilde der progressiven Paralyse zusammenfallen. Es würde allerdings der grösste Theil der Paralytiker dazu gehören. Auf der anderen Seite würde man eine ganze Reihe von chronischen Irren dazu rechnen müssen. Allen würden gewisse, im engeren Sinne, somatische Erscheinungen gemein sein, die je nach Sitz und Ausdehnung der Myelitis verschieden sein würden. Ueber die verschiedenen psychischen Symptome und deren anatomische Begründung würde man dann zur Zeit noch kein Urtheil fällen können.

---