

XVI.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel
(Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

Psychische Störungen bei der multiplen Sklerose.

Von

Dr. Raecke,

Privatdocent und Oberarzt der Klinik.



Als Charcot¹⁾ durch seine bahnbrechenden Arbeiten dem vorher nur unvollkommen bekannten Krankheitsbilde der multiplen Sklerose schärfere Umrisse gab, da liess er schon neben den körperlichen Symptomen auch den psychischen Störungen volle Beachtung zu Theil werden. Er betonte die Abnahme des Gedächtnisses, die stumpfe Gleichgültigkeit und träge Auffassung, die sich in vorgeschrittenen Fällen ausbilde, aber er berichtete auch über das Auftreten von Wahnideen, von Sinnestäuschungen, von lebhaften Affektstörungen. Besonderen Werth legte er auf das grundlose Lachen und Weinen der Sklerotiker, das er als Ausfluss psychischer Vorgänge ansah.

Vorher hatten schon Cruveilhier, Frerichs und Zenker die seelischen Veränderungen der Sklerotiker berücksichtigt, und 1856 schrieb Valentiner²⁾, dass psychische Störungen fast in allen Fällen nachweisbar wären, wo die Substanz der Grosshirnhemisphären in ausgedehnter Weise sich betheiligt erwiese. Besonders käme das häufig bei jüngeren Individuen vor. In einem Falle entwickelte sich bei einem 21 jährigen Manne die krankhafte Neigung, Gedichte zu machen, und anderweitige Selbstüberschätzung, dazu Anfälle tiefer melancholischer Verstimmung. Es bestand linksseitige Parese. Bei der zwei Jahre

1) Klin. Vorträge über Krankheiten des Nervensystems. Deutsch von Fetzer. Stuttgart 1874.

2) Deutsche Klinik. 1856. S. 147.

später erfolgten Aufnahme zeigte sich grosse Aufregung, religiöse Schwärzmerei, zeitweise Depression. Körperlich war auch die rechte Seite ergriffen. Der Tod erfolgte im nächsten Jahre.

Dann berichtete Leube¹⁾ über das Auftreten von ausgesprochenem Grössenwahn bei einem Sklerotiker, nachdem bereits ein Jahr lang eine zunehmende Lähmung der Beine und skandirende Sprache bemerkt worden waren. Der Kranke wollte Kaiser und König werden, besass Dutzende von Ochsen und Pferden, grosse Häuser und Gärten. Trotz bestehender Impotenz wollte er eine Gräfin heiraten. Männer wie er würden nur alle 300 Jahre geboren. Er werde noch 144 Jahre leben. Hier führte in kürzester Zeit eine Pneumonie zum Exitus. Die Section bestätigte die Diagnose.

Schüle²⁾ beschrieb die Complication eines melancholischen Deliriums und nachfolgender organischer (seniler) Melancholie mit Bulbär-symptomen. Es bestand Unorientirtheit, Personenverkennung und Halluciniren unzüchtiger Frauenstimmen. Die Section ergab eine multiple spinale Herdklerose, Atrophie der Bulbärkerne und eine Sklerosirung der Grosshirnrinde.

Huguenin³⁾ constatirte multiple Sklerose des Rückenmarks bei einer Melancholischen, die später etwas blödsinnig wurde.

Lewis⁴⁾ fand in einem Falle, der klinisch unter dem Bilde der acuten Manie verlaufen war, bei der Section sehr zahlreiche kleine sklerotische Herde in der weissen Substanz des Grosshirns.

Sehr interessant war eine Beobachtung von Jolly⁵⁾:

Eine 28 jährige Frau erkrankte Weihnachten 1868 an Schwindel, Kopfweh, tonischen Krampfanfällen mit heftigen Schmerzen in den Gliedern. Im Juni entwickelte sich eine linksseitige Hemiplegie. Im Juli traten Delirien auf von bald ängstlicher, bald heiterer Färbung. Sie schrie fortwährend, zerriss mit der rechten Hand, was sie erreichen konnte, glaubte bald, es werde ihr etwas angetan, bald erklärte sie sich für die Mutter Gottes, sagte, ihr Bruder sei Bischoff, und Aehnliches. Bei der Anfnahme am 15. Juli 1869 schrie sie in unartikulirten Tönen, zeigte häufigen Wechsel von Depressions- und Exaltationszuständen,

1) Ueber multiple inselförmige Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1870. S. 1.

2) Zeitschr. f. Psych. 35. S. 432.

3) Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte, No. 2. Ref. bei Virchow-Hirsch. Jahrbuch d. Med. 1877. II. S. 122.

4) A case of disseminated cerebral sclerosis. Jurnal of ment. sc. Jan. 78. Ref. ibid. 1878. III. p. 103.

5) Ueber multiple Hirnsklerose. Arch. f. Psych. III. S. 711.

von Versündigungs- und Grössenideen. Die Sprache war lallend und langsam. Nach 14 Tagen traten die Wahnideen zurück, und es stellte sich, abgesehen von einer auffallend grossen Gemütserregbarkeit, die zu einem fortwährenden Wechsel entgegengesetzter Affekte Anlass gab, vollständige Besonnenheit ein, während der körperliche Verfall fortschritt. Am 1. Februar 1871 erfolgte der Tod durch Phthisis. Das Gehirn zeigte sich bei der Section atrophisch, das Mark enorm degenerirt, der Balken in ein zähes, lederartiges Gewebe verwandelt, die ganze Umgebung der Seitenventrikel atrophisch sklerosirt. Pons, Kleinhirn und Medulla oblongata waren frei. In den Hirnschenkeln fanden sich umschriebene Sklerosen, im Rückenmark eine auf die hinteren Partien der Seitenstränge beschränkte Entartung. Von den abtretenden Nervenwurzeln waren nur die Optici grau degenerirt.

Sodann sah Cramer¹⁾ bei einem 19 jährigen Mädchen im Beginn der multiplen Sklerose psychische Störungen zum Ausbruch kommen, welche sich in aufgeregtem Wesen, Reizbarkeit und häufigen Schmerzen kund gaben. Wegen wiederholter energischer Selbstmordversuche erfolgte die Aufnahme in die Anstalt. Hier äusserte sie Beängstigungen: die Wärterin habe ihre „Lebensuhr“, man wolle sie hinrichten, klagte über Chloroformgeruch. Sie wurde sehr erregt, gewaltthätig, zerriss, spuckte, war sehr schwierig zu behandeln. Ab und zu hörte sie Stimmen. Vor dem Tode, der durch Decubitus mit Abscessbildung herbeigeführt wurde, Nachlassen der Erregung.

Leyden²⁾ lehrte, eine relativ häufige Folge der multiplen Sklerose sei ausgebildete Geistesstörung vom Charakter der allgemeinen Geistesparalyse mit Melancholie oder Grössenwahn. Aber auch andere psychische Störungen würden beobachtet, wie z. B. Lypomanie mit Hallucinationen.

Tjaden³⁾ gelangte noch 1884 in seiner Dissertation zu dem Schlusse, dass psychische Störungen eine „gewöhnliche Erscheinung in dem Krankheitsbilde“ der multiplen Sklerose darstellten. In leichteren Fällen seien die Patienten nur sehr deprimirt und weinten viel. In schwereren Fällen käme es zu ausgesprochenen Intelligenzstörungen. Aber auch richtige Psychosen könnten sich entwickeln. Eine Patientin hatte entschieden Sinnestäuschungen. Auffallend seien immer die Schwankungen im psychischen Verhalten.

1) Beginnende multiple Sklerose und acute Myelitis. Arch. f. Psych. Bd. XIX. S. 667.

2) Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Berlin 1876. II. Bd. S. 390.

3) Ein Beitrag zur Kenntniss der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. I.-D. Göttingen 1884.

Mendel¹⁾ behauptet sogar das Vorhandensein krankhafter psychischer Symptome in fast allen Fällen disseminirter Herdsklerose.

Demgegenüber hat namentlich Oppenheim²⁾ eingewandt, dass Zwangslachen und Zwangsweinen keine eigentlichen psychischen Anomalien bildeten, weil sie ohne jede heitere resp. traurige Vorstellung verliefen. Sie seien lediglich als neurologische Symptome aufzufassen und dürften nicht schon auf einen Verfall der Geisteskräfte bezogen werden. Zwar sah auch Oppenheim³⁾ frühzeitige Demenz mit Beeinträchtigungs-ideen sich verbinden und erwähnte⁴⁾ das Vorkommen von passagerer Verwirrtheit. Dennoch heisst es in seinem Lehrbuche⁵⁾, dass höhere Grade des Schwachsinn, sowie Sinnestäuschungen und Delirien ganz ungewöhnlich sind.

Dieser Auffassung, die seither bei den Neurologen herrschend wurde, hat Spiegel⁶⁾ besonders scharf Ausdruck verliehen, indem er sich dahin äusserte, psychische Störungen gehörten keineswegs zu den charakteristischen Symptomen der disseminirten Sklerose, und ausgesprochene Psychosen habe er in keinem einzigen Falle gefunden. Immerhin berichtet auch Spiegel in seiner Beobachtung III über „manche Eigen-thümlichkeiten in psychischer Hinsicht“. Der betreffende 31jährige Patient mit spastischer Parese beider Beine sprach viel über seine Leistungen und über seine fieberhafte Thätigkeit am Tage, über die grossen gesellschaftlichen Anforderungen, die Abends an ihn gestellt worden seien. Er sei ausgezeichneter Turner, habe mehrere Gesangvereine dirigirt u. s. w. Ferner lesen wir in Fall IV bei einem 30jährigen Kaufmann mit spastisch-paretischen Erscheinungen von „eigenthümlichen Aeusserungen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Persecutionsideen hindeuten“. Endlich heisst es in Fall XV bei einem Kranken: „Als Ursache seines Leidens führt er Onanie und Ueberanstrengung in der Schule an. Durch seine Vorwürfe, die er sich des genannten Fehlers wegen macht, wurde seine Stimmung, welche vorher schon trübe war, immer deprimirter. Er wurde menschenscheu, mochte mit Niemand zusammen sein; er fühlte sich von der ganzen Welt abgestossen. Patient

1) Eulenburg, Real-Encyclopädie. 1895.

2) Zur Pathologie der disseminirten Sklerose. Berl. klin. Wochenschr. 1887. 48.

3) Zur Lehre von der multiplen Sklerose. Berl. klin. Wochenschr. 1896. S. 184.

4) Zur Lehre von der multiplen Sklerose. Neurol. Centralbl. 1896. S. 43.

5) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1902. S. 313.

6) Ueber die psychischen Störungen bei der multiplen Sklerose. Berlin. J.-D. 1891.

ist sehr reizbar, kann sich über jede Kleinigkeit wütend ärgern und empfindet dann wieder Reue; er ist sehr schreckhaft und ängstlich in seinem Wesen, schwermüthig und grübelt nach, wie er seinen Zustand bessern könne, da er ihn durch eigenes Verschulden herbeigeführt habe. Auch kamen ihm bisweilen Selbstmordgedanken, die er aber selbst dann für sehr dumm erklärt.

Brunn¹⁾ spricht von einem 23jährigen Mädchen mit meist melancholisch-weinerlicher Stimmung und geringer Intelligenz. Derselbe Autor erwähnt in einer späteren Arbeit mit Störling²⁾ kurz, dass bei einem 30jährigen Bootsmannsmaat, der nach Trauma an multipler Sklerose erkrankte, „Paranoia persecutoria mit Abschwächung der Intelligenz“ vorhanden war.

Dass der geistige Defekt der Sklerotiker die Form einer Art chronischer Verrücktheit annehmen kann, lehrt auch Gowers³⁾.

Dermitzel⁴⁾ sah bleibende Verwirrtheit nach apoplektiformen und epileptiformen Anfällen. Gang⁵⁾ führt Beeinträchtigungsideen infolge von Erregung an.

Church und Peterson⁶⁾ erwähnen das Vorkommen leichten Schwachsins mit Apathie und Depression, seltener eines Grössendelirs, ganz ähnlich dem paralytischen, welches in völlige Demenz übergehen könne.

Moravcsik⁷⁾ beobachtete Erregungszustände, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, aggressives Benehmen.

Bechterew⁸⁾ nennt als Begleiter der motorischen Veränderungen der multiplen Sklerose psychische Störungen, die für die progressive Paralyse der Irren charakteristisch sind, ohne dass es sich um gemischte Krankheitsformen handelte.

1) Zur Pathologie der disseminirten Sklerose. Berl. klin. Wochenschr. 1888. S. 90.

2) Ueber Erkrankungen der Sehnerven im Frühstadium der multiplen Sklerose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. VII. S. 199.

3) Handbuch der Nervenkrkh. Uebersetzt v. Grube. Bonn 1892. II. Bd. S. 546.

4) Ueber multiple Sklerose. I.-D. Erlangen 1890.

5) Zur Lehre von der multiplen Cerebrospinalsklerose. I.-D. Jena 1897.

6) Nerv and mental diseases. 4. Aufl. Philadelphia 1903. Cit. nach Seiffer.

7) Multiple Sklerose mit Geistesstörung. Ref. Neurol. Centralbl. 1904. S. 465.

8) Neurol. Centralbl. 1902. S. 285.

Interessant ist eine ausführlichere Mitteilung von Gasquet¹⁾, die einen Kranken mit bereits ausgebildeten somatischen Symptomen der multiplen Sklerose betrifft. Derselbe nannte sich Herzog, Iud Papst und Bürgermeister zum Frühstück ein, renommirte mit seinen fünf Millionen auf der Bank von England, glaubte, noch einmal König zu werden. Er gab beständig Befehle für die Erbauung von Palästen, erliess Gesetze, wollte im Ballon nach Amerika u. s. w. Derartige Grössenideen beherrschten ihn bis zu seinem zwei Jahre später erfolgten Tode. Dabei bestand ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Gasquet versichert ausdrücklich, dass es sich nicht um eine Paralyse gehandelt habe.

Redlich²⁾ spricht von Blödsinn, Verwirrtheit, Aufregungszuständen mit Hallucinationen und hebt hervor, dass psychische Störungen häufiger seien, als früher angenommen.

Eine gute Zusammenstellung der einschlägigen Literatur bietet Danneuberger³⁾, der selbst zwei bemerkenswerthe Beobachtungen aus der Giessener Klinik hinzufügt. Sein Fall 102 betrifft eine 27jährige Frau, die im späteren Verlauf der Sklerose eine alberne Eitelkeit zur Schau trug, sich schminkte, schwachsinnige Grössen- und Beeinträchtigungsideen äusserte. Im Fall 104 lesen wir von einer 54jährigen Kranken, bei welcher nach mehrjährigem Bestehen ihres Leidens Verfolgungswahn, Hallucinationen, manikalische Zustände, Grössenideen, Verarmungs- und Beeinträchtigungsvorstellungen, Suicidversuche in buntem Wechsel sich einstellten.

Lannois⁴⁾ ist der Ueberzeugung, dass in der Regel psychische Störungen bei der multiplen Sklerose nachweisbar sind, und berichtet über einen 26jährigen Patienten, der seit bald 8 Jahren an diesem Leiden erkrankt war, als er in klinische Beobachtung gelangte, und der 1 Jahr nach der Aufnahme durch Aeusserung sonderbarer sexueller Wahnvorstellungen und selbstgebildeter Worte überraschte. Dann stellten sich Verfolgungsideen gegen seine Eltern ein. Er glaubte, man spucke in seinen Thee, sein Vater entziehe ihm die Kraft. Er machte Testamente, um seine Familie zu enterben, und verfügte darin über grosse Geldsummen und Paläste, die er besitzen wollte. Sinnestäuschungen liessen sich nicht constatiren. Auf Fragen gab er jedes Mal Auskunft, sodass

1) On some mental symptoms of ordinary brain-disease. Journ. of ment. sc. 1884 April. p. 74.

2) Deutsche Klinik. Bd. VI. 1. Abth. 1903/4. S. 557.

3) Zur Lehre von den Geistesstörungen bei der multiplen Sklerose. I.-D. Giessen 1901.

4) Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques. Rev. neurolog. 1903. p. 876.

ein Uneingeweihter sich durch seine anscheinend folgerichtigen Ausführungen wohl hätte täuschen lassen können. Eine Dementia paralytica lag nicht vor.

Auch Geay¹⁾, der auf A uregung von Lannois die ganze Frage eingehend bearbeitet hat, kommt zu dem Schlusse, dass leichtere psychische Störungen bei Sklerose so gut wie immer vorhanden sind, die zunächst mit Vorliebe das Gedächtnis schädigen, vielfach aber einen hohen Grad erreichen und alle geistigen Fähigkeiten in Mitleidenschaft ziehen können. Seltener seien Schwachsinnzustände mit Verwirrtheit und Wahnbildung, die an das Bild der Paralyse erinnerten. Geay hat den von Lannois geschilderten Kranken weiter beobachtet und berichtet, dass derselbe seine Wahnideen im folgenden Jahre völlig aufgegeben habe, dass aber seine geistige Schwäche so zunahm, dass er in der Unterhaltung ganz unzusammenhängend und ohne Beziehung zur Frage antwortete.

Meynert²⁾ hat namentlich darauf hingewiesen, dass die Intelligenzstörungen der disseminirten Sklerose bereits in den Kinderjahren auftreten können und dann die gesamte Entwicklung beeinflussen, während die körperlichen Erscheinungen erst später folgen. Näher dem Mannesalter trete der Schwachsinn dagegen nach Vorboten anderer Symptome ein und führe nicht zu höherer Intelligenzstörung. „Die Besonnenheit, eine schlichte Denkfähigkeit wird trotz verminderter Beherrschung bei einem einfach kindlicheren Wesen nicht wesentlich gestört und die paralytische Reizbarkeit bleibt weg.“ Ein Kranker teilte leichte Hiebe um sein Bett herum aus, weil er meinte, der Schwindel, den er empfand, käme vom Anstossen an das Bett her.

C. Westphal spricht bei zwei Knaben von deutlicher Abnahme der Intelligenz³⁾.

Bourneville⁴⁾ hat über ein solches Auftreten der Sklerose im Kindesalter interessante Mittheilungen gemacht. Die Kinder werden träge, unordentlich und leicht erregbar. Andere Beobachtungen verdanken wir Schoenfeld⁵⁾ und Schlöss⁶⁾.

1) Troubles psychiques dans la sclérose en plaques. Thèse de Lyon 1904.

2) Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890. S. 253.

3) Charité-Annal. XIII. 1888. Ueber multiple Sklerose bei 2 Knaben. [Bei dem einen ergab die Section Tumor. Gesamm. Abhdlg. II. S. 717.]

4) Sclérose en plaques ayant débuté dans l'enfance; imbecillité. Le Progrès méd. No. 21. 1900.

5) Ueber multiple Hirn-Rückenmarkssklerose nebst Angabe zweier Fälle bei Kindern nach Diphtherie. I.-D. Berlin 1888.

6) Neurol. Centralbl. 1904. S. 1017.

Wernicke¹⁾) unterschied frühzeitiges Auftreten von Schwachsinn und spätere Entwicklung desselben im weiteren Verlaufe der Sklerose und bezog ihn auf die Entwicklung von Grosshirnerden. Es komme zu Charakterveränderungen, kindlichem Wesen und starker Erregbarkeit.

Recht charakteristisch ist eine von Probst²⁾ veröffentlichte Krankengeschichte eines Mädchens, bei dem sich die Sklerose schleichend vom 7. Jahre ab entwickelt hatte: „Im Vordergrunde des psychischen Bildes stand das läppische Verhalten der Kranken, der moralische Schwachsinn und die über grosse sexuelle Erregung derselben, in Folge davon sie nicht ein Mal die Schule besuchen konnte, da sie alle anderen Kinder zur schamlosesten Masturbation verleitete, sich auf der Strasse vor Herren niederwarf u. A. m. Dabei war sie lügenhaft, zudringlich, boshaft, fand das grösste Vergnügen, ihrer Umgebung einen Possen zu spielen; in der Folge machte sich ein häufiger Stimmungswechsel geltend. Dabei besonders heftige Erregungszustände, exaltirtes Wesen, Drohen mit Selbstmord, sodass sie schon frühzeitig einer Privatirrenanstalt übergeben werden musste. Ausserdem bestanden Hallucinationen und Illusionen. Der Tod erfolgte erst im 27. Lebensjahr. Bei der mikroskopischen Untersuchung auf grossen Frontalschnitten zeigte sich das Grosshirn förmlich übersät von Herden, ebenso Hirnstamm und Rückenmark.

Probst konnte im Ganzen in 5 Fällen von 58 hochgradige Demenz constatiren, in 11 pCt. fand sich ein längeres hysterisches Vorstadium.

Berger³⁾ zählte unter 206 Fällen von Sklerose in 12 pCt. leichte Demenz, 14 Mal Erregungszustände mässigen Grades, ein Mal vorübergehende Tobsucht, acht Mal Depression leichten Grades, vier Mal auffallende Euphorie. 15 Patienten gaben an, ihr Gedächtniss habe seit Beginn des Leidens sehr nachgelassen. Drei Mal liessen sich Gedächtnissdefekte nachweisen.

Morawitz⁴⁾ fand bei 33 Kranken acht Mal Herabsetzung der Intelligenz resp. Gedächtnisschwäche.

Ziehen⁵⁾ berechnet dagegen die Häufigkeit der meist progressiven

1) Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1883.

2) Zur Kenntniß der disseminirten Hirn-Rückenmarkssklerose. Arch. f. Psych. XXXIV. S. 590.

3) Eine Statistik über 206 Fälle von multipler Sklerose. Jahrbuch f. Psych. XXV. S. 168.

4) Zur Kenntniß der multiplen Sklerose. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 82. p. 151.

5) Lehrbuch der Psychiatrie. 1902. S. 683.

Intelligenzdefekte auf 60 pCt., und Seiffer¹⁾ stellte durch sehr eingehende Untersuchung von 10 Fällen neun Mal mehr oder weniger erhebliche Störungen der Intelligenz fest, während bei einer Kranken (Fall 1) eine hallucinatorische Verwirrtheit auftrat, die ohne Defect ausheilte. Ausserdem kam es in seinem Falle II verschiedentlich zu Selbstmordversuchen und in seiner Beobachtung IX zu allerlei paranoiden Ideen. Der betreffende Kranke wurde unflätig, schamlos, exhibitionirte vor der Krankenschwester, renommirte, wollte die Tochter eines Mitpatienten heirathen und äusserte vorübergehend nächtliche Verfolgungsvorstellungen gegen die Wärter.

Es muss daher auffallen, wenn der Neurologe Müller²⁾ in seiner sonst so verdienstvollen Monographie über multiple Sklerose, obwohl auch er in 25 pCt. Abstumpfung aller psychischen Qualitäten bemerkte, doch die psychischen Störungen als meist unerheblich und wenig charakteristisch erachtete. Sie sollen fast stets dem klinischen Bilde eines einfachen, mit der Weiterentwicklung des Leidens ganz allmählich fortschreitenden Schwachsins leichten Grades entsprechen. Zwei Mal sah Müller heftige Erregungszustände mit Wuthausbrüchen, ein Mal nur vage Beeinträchtigungsidenen. Eigentliche paranoide Vorstellungen, Sinnestäuschungen, Verwirrtheit seien von ihm nicht beobachtet, in der Litteratur jedoch erwähnt. Es bestehe hier die Möglichkeit einer „zufälligen Combination“ mit functionellen und organischen Psychosen.

Aehnlich urtheilt neuerdings Cassirer³⁾: Die psychischen Störungen ständen nicht im Vordergrunde, ihre Bedeutung sei nicht gross. Aktivere psychopathische Elemente fänden sich nur ganz ausnahmsweise.

Es erinnert das an den Standpunkt von Hoffmann⁴⁾, der 1901 in seinem Referate über die multiple Sklerose nur ganz nebenher melancholische Zustände, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen erwähnte und von „Complicationen“ der Sklerose mit Dementia paralytica und Hysterie sprach.

Als Stütze einer solchen Auffassung mochten diejenigen Fälle erscheinen, welche als Misch- und Uebergangsformen zwischen multipler Sklerose und progressiver Paralyse beschrieben sind, vor Allem von

1) Ueber psychische, insbesondere Intelligenzstörungen bei multipler Sklerose. Arch. f. Psych. 40. S. 252.

2) Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Jena 1904.

3) Die multiple Sklerose. Leipzig 1905.

4) Die multiple Sklerose des Centralnervensystems. Arch. f. Psych. 34. S. 1047.

Charcot¹⁾, F. Schultze²⁾, Zacher³⁾, Greif⁴⁾, Petroff⁵⁾ u. Dannenberger⁶⁾.

Indessen scheint dabei nicht immer genügend auseinander gehalten worden zu sein, ob zu einem typischen paralytischen Prozesse 'sklerotische Herde' sich zugesellt hatten, oder ob durch übermässige Ausbreitung einer disseminirten Hirnsklerose eine mehr diffuse Erkrankung des Cerebrums zu Stande gekommen war. Auch im letzteren Falle wird sich das klinische Krankheitsbild dem der Dementia paralytica annähern müssen.

Zacher's Versuch einer differentialdiagnostischen Abgrenzung dürfte jedenfalls unhaltbar sein. Nach Zacher sprächen für Paralyse „progressiv zunehmende Demenz, auffallender Stimmungswechsel, die sich nicht im Extremen bewegt, die zeitweise auftretenden Erregungszustände, die schwachsinnigen Größenidenen etc., aber auch die epileptiformen Anfälle, denen wir bei der progressiven Paralyse häufig, bei der multiplen Herdsklerose dagegen nur selten oder gar nicht begegnen“. Allein alle diese Symptome finden sich ganz zweifellos auch bei der reinen multiplen Sklerose vor. Es erscheint sogar fraglich, ob nicht in dem Falle von Claus⁷⁾, der gewöhnlich als solche Combination gedeutet wird, es sich um eine reine multiple Sklerose gehandelt habe. Bei dem betreffenden Patienten bestanden enge Pupillen (über die Reaktion wird nichts gesagt), Facialisdifferenz, schlechte Artikulation, Anfangs gesteigerte, später abgeschwächte Kniephänomene, spastische Parese der Beine, Unsicherheit der Hände, zeitweises Zittern, Parästhesien, Herabsetzung der Sensibilität an den Beinen. Das psychische Verhalten war wechselnd, erst gedrückt, dann heiter. Der Kranke entwickelte schwachsinnige Heirathspläne, bezeichnete ein Küchenmädchen, mit dem er nie gesprochen hatte, als seine Braut. Vor dem Tode nahm die Demenz rasch zu. Die Sektion ergab multiple sklerosirte Herde im Gehirn und

1) Citirt nach Gay.

2) Ueber die Beziehungen der multiplen Sklerose des centralen Nervensystems zur allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Arch. f. Psych. 11. S. 216.

3) Ein Fall von sogenannter Misch- und Uebergangsform der progressiven Paralyse und der multiplen Herdsklerose. Arch. f. Psych. 13. S. 168.

4) Ueber diffuse und disseminirte Sklerose des Centralnervensystems etc. Arch. f. Psych. XIV. S. 286.

5) Die Beziehungen der multiplen Sklerose und Dem. paral. I.-D. Berlin 1901.

6) loc. cit.

7) Ein Beitrag zur Casuistik der Cerebrospinal-Sklerose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 35. S. 335.

Rückenmark. An den nicht sklerosirten Stellen im Grosshirn zeigten sich Verdickungen der Gefässwände.

Das Gleiche gilt vielleicht von der Krankengeschichte, die Siemens¹⁾ als Beispiel von combinirter Psychose mitgetheilt hat. Das betreffende 22jährige Mädchen hatte früher einen guten Intellekt, wurde dann läuderlich, venerisch und kam ins Arbeitshaus. Bei ihrer Aufnahme in die Anstalt bot sie das Bild einer schweren Manie, hatte aber etwas Plumpes, Unbehülfliches, fiel leicht hin. Als nach einem halben Jahre Beruhigung eintrat, fiel die geistige Schwäche auf. Intentionszittern, Schleudern der Glieder, skandierende Sprache, Steigerung der Reflexe, epileptiforme Anfälle wurden festgestellt. Jodkali war ohne Erfolg. Im nächsten Jahre folgte ein neuer Anfall von Manie. Dann trat tiefer Blödsinn und Marasmus ein. Nach dem Tode zeigten sich frische disseminirte Herde im Rückenmark. Das Kleinhirn war sklerotisch. Das Grosshirn erschien frei, doch wird über eine mikroskopische Durchsuchnung desselben nichts erwähnt. Auffallend blieb höchstens eine „geringe, allgemeine Atrophie der Vorderhirns“.

Unter allen Umständen jedoch sollte man es vermeiden, von einer „Complication“ der Sklerose mit Epilepsie zu reden, wo durch die sklerotischen Herde epileptiforme Anfälle verursacht sind. Auch hinsichtlich der häufigen hysterischen Erscheinungen bei Sklerotikern hat Fauser²⁾ mit Recht betont, dass diese nicht als zufällige Complications (wie Hoffmann meinte), sondern als direkte Aeusserungen der Grundkrankheit aufzufassen seien. Fauser denkt sich den Vorgang etwa in der Weise, dass neben, resp. vor den gröberen Veränderungen, durch welche die Hauptkrankheit erzeugt wird, leichtere, bis jetzt freilich noch hypothetische Veränderungen beständen, die dann den hysterischen Symptomen zu Grunde liegen.

Ebenso scheint es verfehlt, wenn Dannenberger den 77. Fall seiner Zusammenstellung in der Weise analysirt, dass er unterscheidet: 1. Beginn mit epileptischen Anfällen und Gedächtnisschwäche, 2. im Anschluss daran eine Paranoia, die abwechselnd unterbrochen wird durch 3. eine Hysterie. Das Unhaltbare einer solchen Künstelei liegt auf der Hand.

So wenig man bei der progressiven Paralyse von einer Combination mehrerer selbstständiger Psychosen mit dem somatischen Symptomencomplex zu reden pflegt, so wenig sollte man bei der meist früher oder

1) Klinische Beiträge zur Lehre von den combinirten Psychosen. Arch. f. Psych. 10. S. 128.

2) Discussion zum Vortrag von Hoffmann. Arch. f. Psych. 34. S. 1052.

später in Schwachsinn überführenden multiplen Sklerose sich zu dieser Annahme versteigen. Handelt es sich in beiden Fällen um eine organische, cerebrospinale Erkrankung, so kann auch beide Male bei geeignetem Sitz und Ausdehnung der Grosshirnveränderungen gleicherweise ein je nach deren Art wechselndes, psychisches Krankheitsbild resultiren. Seit die Anfertigung von Serienschnitten durch das ganze Gehirn geübt wird, lassen sich, wie Siemerling¹⁾, Probst²⁾, Bechterew³⁾ u. A. gezeigt haben, in ganz überraschend grosser Zahl kleine sklerotische Herde in der Rinde nachweisen. Demgegenüber muss die auf meist ältere Krankengeschichten gestützte Behauptung Müller's, dass gerade in Fällen von stärkerer psychischer Störung sich keine Beteiligung des Grosshirns finde, erheblichem Zweifel begegnen. Mancher jener Autoren hatte sich lediglich auf eine makroskopische Beobachtung beschränkt. Ausserdem hat mit Recht Geay darauf hingewiesen, dass man selbst bei sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung Gefahr laufe, vorhandene Herde zu übersehen, solange man nur einzelne kleine Stücke schneide.

Es ist daher entschieden Bechterew und Redlich zuzustimmen, wenn sie im Gegensatz zu Müller unsere Berechtigung betonen, schwere psychotische Erscheinungen bei der Sklerose auf eine grössere Aussaat von Grosshirnerden zu beziehen. Die Unregelmässigkeit und Mannigfaltigkeit ihrer Lokalisation und Ausdehnung entspricht sehr gut dem Formenreichthum der beobachteten psychischen Störungen.

Will man weiter der Frage näher treten, ob es nicht vielleicht ganz bestimmte psychische Krankheitsbilder sind, welche bei der multiplen Sklerose vorwiegender zur Entwicklung gelangen, so hat man zuvor nothwendig den Versuch zu machen, eine bessere Uebersicht über ihre Art und Verlaufsform zu gewinnen. Am zweckmässigsten erscheint hier eine Eintheilung der psychischen Störungen, je nachdem sie der Entwicklung körperlicher Symptome voraufgehen, also dem Prodromal- resp. Initial-Stadium angehören, oder erst nach längerem manifesten Verlaufes des Leidens, gewissermassen im Terminalstadium, zur Ausbildung gelangen.

Soweit sich aus der vorliegenden Litteratur ersehen lässt, handelt es sich bei den psychischen Störungen des Initialstadiums in erster Linie um depressive und maniakalische Krankheitsbilder, zum Theil unter Beimischung deliranter Episoden mit Verwirrtheit, Sinnestäuschungen und ganz vereinzelten Wahnideen. Solche mehr deliriösen Zustände schliessen

1) Zur Diagnose der multiplen Sklerose. Neurol. Centralbl. 1898. S. 575.

2) loc. cit.

3) Neurol. Centralbl. 1902. S. 285.

sich mit Vorliebe an epileptiforme oder hysteriforme Anfälle an und können mit mehr stuporösen Phasen abwechseln. Bei jüngeren Individuen nimmt die maniakalische Erregung gerne eine moriaartige Färbung an mit läppisch-albernem, vielfach erotischem Gebahren, aber auch mit zornmüthiger Reizbarkeit und aggressivem Verhalten. Die ängstlichen Verstimmungen sind oft verbunden mit quälenden Empfindungen, namentlich mit Schwindelgefühl, Kopfschmerz, allgemeiner Abgeschlagenheit, seltener mit ausgesprochen hypochondrischen Umdeutungen.

Haben solche affectiven Störungen bereits im Initialstadium eingesetzt, dann können sie auch während des weiteren Verlaufes der Erkrankung andauern. Dagegen bildet ihre Neuentwicklung bei vorgeschrittener Sklerose auscheinend die Ausnahme, falls man nicht diejenigen leichteren Stimmungsschwankungen mitzählen will, wie sie gelegentlich flüchtig auftreten und zum Theil schon hinreichend durch seelische Erregung über das Fortschreiten des Leidens oder aber durch die Ausbildung einer reizbaren Demenz sich erklären. Zwangslachen und Zwangswine sind überhaupt nicht zu den psychischen Störungen zu rechnen.

Dagegen kommt in den späteren Stadien der Sklerose besonders eine Form der Seelenstörung zur Beobachtung, welche von Gowers als Verrücktheit bezeichnet wird, indessen mehr an den paralytischen Größenwahn erinnert. Im Vordergrunde stehen durchaus expansive Vorstellungen, während paranoide Eigenbeziehung und persecutorische Ideen mehr vereinzelt auftauchen. Ferner stimmt dieser Größenwahn mit dem paralytischen darin überein, dass er gerne ins Maasslose geht und jede Spur von Kritik vermissen lässt, kurzum den Stempel des Schwachsins trägt. Vielleicht hatte Mendel¹⁾ solche Fälle im Auge, als er bemerkte, die Sklerotiker gingen in vielen Anstalten fälschlich unter der Diagnose progressive Paralyse.

Charakteristisch ist die Passivität solcher expansiven Ideen, die mehr im Gespräch als in dem Gebahren zum Ausdruck gelangen und desshalb nur allzu leicht der Umgebung ganz entgehen können. Ferner scheint es, als ob besonders sexuellen Vorstellungen eine gewisse Bedeutung zukäme.

Hier sind aus der Litteratur in erster Linie zu nennen der Fall von Leube, in welchem sich zwei Jahre nach dem Bestehen des körperlichen Leidens ausgesprochenster Größenwahn entwickelte, ferner die oben mitgetheilten Beobachtungen von Dannenberger, Lannois und Geay, vielleicht auch diejenige von Claus.

1) loc. cit.

Leube's Patient wollte eine Gräfin heirathen. Dannenberger beschreibt eine 27jährige Frau, die $2\frac{1}{2}$ Jahre nach Ausbruch der Sklerose anfing, sich mit Blumen zu schmücken und Besuche auf der Männerstation plante. Lannois erwähnt bei seinem Patienten ausdrücklich sexuelle Hallucinationen und Illusionen. Der Kranke von Claus entwickelte schwachsinnige Heirathspläne. Man könnte versucht sein, in solcher Uebereinstimmung mehr als eine Zufälligkeit erblicken zu wollen.

Mit diesen Ergebnissen der Litteraturbeobachtung stehen die eigenen Beobachtungen durchaus im Einklang.

Es fand sich nämlich unter 37 Patienten 13 Mal deutlicher Schwachsinn und neun Mal andersartige psychische Störungen. Nur bei 15 Kranken, die ziemlich im Beginn ihres Leidens zur Aufnahme gelangten, schienen die geistigen Fähigkeiten noch nicht merklich gelitten zu haben.

Hinsichtlich der Art der beobachteten psychischen Störungen ist zu sagen, dass sich im Initialstadium fünf Mal eine einfache traurige Verstimmung und drei Mal eine affective Störung mit deliriösen Zuständen entwickelte, während ein Mal bei weit vorgesetztem Leiden ein eigenartiges paranoisches Krankheitsbild entstand, das auffallende Aehnlichkeit mit den citirten Beobachtungen der Litteratur, besonders dem Kranken von Lannois zeigte.

In einem Falle steigerte sich die melancholische Erregung in der Zeit vor voller Entwicklung des somatischen Symptomcomplexes bis zu heftigem Taedium vitae mit wiederholten Suicidversuchen. Eine andere Patientin, die in den Verdacht des Diebstahls gerathen war und in der Absicht, sich selbst ums Leben zu bringen, Brandstiftung verübt, wurde auf Grund ihrer krankhaften Depression im Initialstadium der Sklerose exculpiert.

Ausführlicher mitgetheilt seien drei Krankengeschichten, die durch ihre ganze Verlaufsweise ein besonderes Interesse beanspruchen:

Fall I.¹⁾

Gustav Ch., geb. 1879, Kaufmannslehrling.

Nach Angabe der Mutter keine Heredität. Kein Trauma. Früher nie krank, lernte gut. Als Lehrling tüchtig. Seit Pfingsten 1895 verändert: Das Gedächtniss wurde schwach. Häufig Kopfschmerz, besonders kurz nach dem Aufstehen. Appetit geringer. Schwindel, kein Erbrechen. Einmal fiel er im

1) Der Fall ist bereits kurz von H. Gudden mitgetheilt. (Arch. f. Psych. XXIX. S. 1022.) Auch v. Rad hat ihn in einem Vortrage am 6. October 1904 erwähnt. (Münch. med. Wochenschr. 1905. No. 2.) Es ist der Fall 77 von Dannenberger's Zusammenstellung.

Geschäft um. Er magerte ab, sah blass aus. Die Mutter glaubte, er onanire. Ende Juni 1895, nachdem er sich Abends zu Bett gelegt hatte, klagte er über Kopfweh und Pelzigsein der ganzen linken Körperhälfte, die er auch nicht mehr bewegen konnte. Nach einer Minute gingen Gefühl und Lähmung vorüber. Anfang Juli Nachts unruhig, wollte nicht zu Bett oder stand auf, sprach vom Heiland. Dieser habe ihm Glück und Segen prophezeit, ihm einen Eisenbahnwagen versprochen. Dann wieder bestand Angst, auch am Tage, sodass er sich einschloss. Er hatte „Grauen vor irgend einem Unglück“. Stundenlang sang er. Am 2. Juli Abends Anfall. Er hatte beim Baden ein Gefühl vom Uebelkeit gehabt, hatte deshalb das Bad verlassen und war nach Haus gegangen. Er rief der Mutter, er habe wieder pelziges Gefühl, verdrehte die Augen, bekam Zuckungen in den Armen. Dauer fünf Minuten. Dann folgte ein langer Schlaf. Kein Einnässen. Seit dem 8. Juli trat Enuresis nocturna ein.

Am 12. Juli 1895 Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen. 12. Juli 1895. Von der Mutter gebracht, gerät bald in grosse Unruhe, fühlt sich durch seine Umgebung auf's Aeusserste beängstigt; sagt, als Kaufmannslehrling sei es ihm nicht möglich unter solchen „seufzenden Creaturen“ sich aufzuhalten. Seit drei Wochen leide er an Angstzuständen. Er hätte „ein furchtbares Grauen vor dem Tode“, fühlte ein Stechen in der linken Seite, das er auf „Ueberfütterung des Magens“ zurückführte. Dieselbe komme von trägem Stuhlgang. Morgens erwache er mit heftigem Kopfweh über der Stirne, das nach einer Stunde schwunde. Nachts sah er Bilder: Den Heiland zwischen zwei Wolken in einer Gestalt, wie er in der Bibel abgebildet ist. „In Gedanken“ sprach der Heiland zu ihm, er werde 87 Jahre alt, die Mutter 86, sein Bruder ebenfalls und der demnächstige Stiefvater 85, der Heiland weissagte ihm ferner, dass er sein Leben unter Glück und Seligkeit verbringen werde. Nach dem Ueberschwemmungslucky in B. Mitte Juni 1895 tröstete ihn der Heiland, über seine Vaterstadt C. werde ein solches Unwetter nicht kommen, und wenn doch, so werde auf der Eisenbahn, die dicht am Hause des Patienten vorbeifährt, ein Wagen bereit gehalten werden, in welchem er und seine Angehörigen sich mit Hab und Gut retten könnten.

Pat. spricht sehr lebhaft, bewegt heftig Arme und Beine, bittet immer wieder aus dem Saale verlegt zu werden, obgleich ihm das schon versprochen ist. Es scheint, als ob er, was er sagt, rasch vergässe. Oertlich, zeitlich orientirt, Rechnet gut.

Stat. som. Schlank gewachsen, sehr blass. Kopfumfang 55,7 cm. Ohren abstehend. Pupillen reagiren auf Licht und Convergenz, Augenbewegungen frei. Zunge zittert nicht, gerade, frei von Narben. Rachen ohne Besonderheiten. Kniephänomene und Achillessehnenreflexe vorhanden. Sensibilität nicht gestört.

Puls 80, regelmässig. Systolisches Geräusch. Lungen ohne Besonderheiten. Urin frei von Eiweiss.

15. Juli, Macht den Arzt bei jeder Visite, zuweilen innerhalb 5 Minuten zweimal, darauf aufmerksam, dass sein Leiden von der Onanie herrühre. Er erinnert sich nicht, dass er sich ständig wiederholt. Patienten, mit denen er spricht, fragt er immer wieder nach ihrem Namen.

17. Juli. Diktirt in einem Briefe, sein Gedächtniss sei so schwach, dass ihm die Fähigkeit abgehe, klar zu denken. Seine Unterschrift ist auffallend zitterig. Sagt, er könne nicht selbst schreiben.

21. Juli. Klagt oft über Kopfweh, schluchzt, ist leicht zu trösten. Lacht gleich im nächsten Augenblick. Er bedient sich stets derselben Redensarten. Z. B. „Ich hoffe auch, dass ich wieder gesund werde. Machen wir die Hoffnung nicht zu Schanden“.

Schreibt dann einen glücklichen Brief an die Mutter, er sei gesund wie noch nie. Seine Beobachtung dauere nur noch 8 Tage.

Bei der Visite wiederholt er immer dieselben Fragen, läuft dem Arzte, der eben ausführlich mit ihm gesprochen hat, nach, um abermals das Gleiche zu fragen.

1. August. Berichtet heute, dass er seit 5 Tagen, am deutlichsten Abends, „2 Gesichter am Firmament“ sehe. Beide haben blaue Beinkleider, rothe Blusen an. Das eine Gesicht gleicht dem des Heilands, das andere dem der Maria. Beide sprechen fortwährend auf ihn ein, er solle den katholischen Glauben annehmen. Dann erhalte er ein grosses Glück. Er kann die Stimmen deutlich unterscheiden. Die Stimme des Heilands gleicht der des Oberwärters, die andere ist eine Frauenstimme, welche er früher nie gehört hat.

2. August. Heute hatten die „zwei Gesichter“ goldene Kleider an. Er erkennt in ihnen seinen verstorbenen Vater und Onkel, die ihn beloben, dass er der Versuchung des Teufels widerstanden. Die beiden Gesichter rufen auch Gott herbei, der ihm verspricht, dass er bis 6 Uhr Abends gesund sein solle. Bevor ihm die beiden Gesichter erschienen, soll schon ein anderes dagewesen sein, das ihm „Schlamm und alle Unreinlichkeiten“ aus dem Kopfe zog, sodass ihm ganz schwindlig war. Pat. schreibt einen quärulenden Brief an die Mutter mit häufiger Wiederholung derselben Worte. Die Schrift ist ganz gut. Er beschwert sich in dem Briefe, die Pfleger hetzen die Kranken auf, ihn zu schlagen.

20. August. Verlässt Tags hundert Mal sein Bett, behauptet nachher, er sei höchstens zwei Mal draussen gewesen, um auf's Closet zu gehen, schwört, er wolle ruhig liegen. Sobald man ihn aber den Rücken kehrt, kommt er heraus und fragt, ob er nicht aufstehen dürfe. Erlaubt man es ihm, so stört er durch sein zudringliches Wesen und die Monotonie seiner Reden die übrigen Patienten, beschimpft, sanft zurückgewiesen, seine Umgebung mit Scheltworten, beschwert sich dann über schlechte Behandlung. Nickt bei der Unterhaltung oft mit dem Kopf gegen den Himmel, sagt auf Befragen: „Der himmlische Vater“ oder der „verstorbene Vater“ spräche zu ihm, der Doktor werde alle seine Wünsche guttheissen. Rascher Stimmungswchsel vom Weinen zum Lachen. Bei Abschlagen einer Bitte will er gleich seiner Mutter telegraphirt haben, sie solle ihn holen. Bei Zusage begeisterte Lobsprüche, die stets mit der stereotypen Redensart enden: Er habe sich immer gedacht, in Tübingen gebe es tüchtige Doktoren.

24. August. Abends sehr unruhig, glaubt sich von einem Pfleger bedroht, der ihn mit einem Messer in den Hals stechen und ihn ermorden wolle. Bei der Verlegung in den Wachsaal steigert sich die Erregung. Er spricht fortwährend von dem versuchten Mordanschlag, schreit, schlägt ein Fenster ein,

sträubt sich, beißt, verlangt seine Entlassung, bedroht den Arzt. „So, jetzt sollen Sie gleich todt hinfallen, ich kann das machen!“

25. August. Morgens noch sehr erregt, berichtet über die Mordversuche am Abend zuvor. Behauptet, die kleinen Verletzungen, die er beim Einschlagen des Fensters erlitten, rührten von dem Mordversuch her. Ganzen Vormittag im Bade, Nachmittags mit einem Pfleger im Garten. Beruhigt sich, erhält ein Einzelzimmer, bewegt sich hier viel, schlägt die Thürfüllung heraus, kommt bei jeder Visite mit denselben Wünschen.

28. August. Beim Kaffeetrinken im Bade plötzlich unruhig, spuckt den Kaffee aus, weil er vergiftet sei. Will bemerkt haben, wie die Pfleger einanderverständnisinnig zunickten. Im Bette schimpft und schlägt er, erzählt hundert Mal die Vergiftungsgeschichte, würgt, pustet, schnäuzt sich, sagt unter Grimassen, er könne nicht mehr schlucken, und das Ohr schmerze ihn beim Athmen. Er springt auf, weil er nicht mehr athmen könne, fragt, ob er sterben müsse. Wasser weist er zurück als ebenfalls vergiftet. Da sich die Erregung steigert, 0,001 Duboisin und 0,01 Morph. Schlaf. Beim Erwachen wieder unruhig, wiederholt noch häufig die Beschuldigungen gegen die Pfleger. Behauptet Abends, er habe sich ganz ruhig verhalten. Die Sprache ist auffallend stotternd und langsam.

30. August. Zeitweise heftig erregt, fürchtet Mord, hat Vergiftungsfurcht.

1. September. Zeitweise sehr ängstlich: ein Pfleger wolle ihn ermorden. Sprache abgehackt langsam.

2. September. Glaubt sich von einem Mitkranken bedroht, ruft mit brüllender Stimme nach Arzt und Oberpfleger. Die Stimmung wechselt in Sekunden. Zahlreiche widersprechende Wünsche.

7. September. Ruhiger, doch noch rascher Stimmungswechsel. Trotz guter Nahrungsaufnahme dauernde Gewichtsabnahme.

12. October. In letzter Zeit weniger reizbar. Stimmungswechsel von Glückseligkeit bis zum bitterlichen Weinen bei jeder Unterhaltung bemerkbar.

Morgens Anfall: lag wie schlafend da. Blass. Beine schlaff. Eingenässt. Nach dem Erwachen fällt die Sprachverlangsamung auf.

Kurz nach dem Mittagessen, nachdem er mit Appetit gegessen, stellte er sich plötzlich mit steifer Haltung und starrem Blick auf, beugte sich rückwärts und sank um: klonische Zuckungen $1\frac{1}{2}$ Min. Nach fünf Minuten richtete er sich auf, sagte mit stockender Stimme: Alle tausend, alle tausend, da soll man doch gleich einen!“ Pupillen mittelweit, different. Im nächsten Augenblick verfärbte sich sein blass-bläuliches Gesicht noch mehr, die Augen verdrehten sich nach links, desgl. wandte sich der Kopf nach links, und es folgten in beiden Gesichtshälften und sämtlichen Extremitäten rasche Zuckungen. Auf der Höhe des Anfalls Pupillen eng. Nach 1 Minute Zucken langsamer. Pupillen weit, Atmung röchelnd, Gesichtsfarbe blass. Nach dem Zucken ca. $1\frac{1}{2}$ —1 Min. allgemeine tonische Starre, dann Erschlaffen. $2\frac{1}{2}$ Stunden Schlaf. Wusste nachher nichts von der Visite und dem Essen, nichts vom Anfall, nur dass er Morgens Kopfweh gehabt hätte. Erzählte Abends spontan, sein verstorbener Vater sei mit prachtvoller goldener Haube erschienen, eine grosse

goldene Kugel in der Hand und habe ihm das grosse Loos bei der nächsten Lotterie versprochen. Dann sei der himmlische Vater dazwischen getreten und habe die Verheissungen seines Vaters für lauter Lügen erklärt. Pat. äussert seine Entrüstung, dass man so vom eigenen Vater angeschwindelt werden könne. Der gehöre ins Loch.

16. October 1895. Liegt neben einem Kranken mit heftigen Angstanfällen. Erzählt heute mit grossem Behagen, er wisse den Grund der Anfälle. Ein vor ein paar Jahren gestorbener Bierbrauer R. sei ihm am Firmament erschienen und habe ihm erzählt, Gott sei jetzt in Frankreich,

20. October. Zufriedener Brief an die Mutter, lobt die Kost.

23. October. In den letzten Tagen vermehrte Unruhe, springt viel aus dem Bett, auch des Nachts, will heute Morgen nicht ins Bett zurück, zerschlägt ein Fenster, damit es der Pfleger, dessen Zureden ihn gereizt, bezahlen müsse. Im Einzelzimmer ruhig, schläft viel. Erzählt Abends, ein K., ein R. und ein B. hätten mit ihm am Firmament Händel gehabt und ihn „in Gedanken“ jämmerlich geschlagen. Sie hätten die Gelegenheit benutzt, wo der Herrgott nicht anwesend sei.

25. October. Stimmen, die ihm vom Firmament herunter sagen, er werde das grosse Loos gewinnen. (Spricht auffallend langsam.) Gott habe ihm das grosse Loos angekündigt, und dass er 80 Jahre alt werde. Wenn er bei der nächsten Lotterie nicht gewinne, brauche er Gott nicht mehr zu lieben. Das mache ihn ängstlich, er fürchte, dass er sterben müsse, und dass ihm ein Leid geschehe. Hängt sich weinend an den Arzt an. Unruhig. Kopfweh. Sucht den Stimmen zu entfliehen, die ihn zu schlagen drohen.

26. October. Noch unruhig. Gang schwankend, besonders beim Umdrehen. Schwindelgefühl. Sprache sehr langsam, anstossend. Beklagt sich ständig über den Pfleger. Hat immer dieselben Fragen. Behauptet sechs mal, dass er zum ersten Male frage.

28. October. Taumelnder Gang hält an. Sprache langsam. Pfleger hätten die Absicht, ihn zu morden. Bittet um Beistand.

29. October. Spricht viel von einer Erfindung, die er gemacht: dass er am Firmament eine hohe lange Brücke erblickt, über die ein Eisenbahnnzug mit mehr als 100 Personenwagen 1., 2. und 3. Klasse fuhr. Lokomotive und Wagen bestanden aus Gold, und in ihnen sassen lauter Bürger aus seiner Vaterstadt. Wegen der Dunkelheit könne er die Brücke jetzt nicht sehen. Die Stimme des Herrgotts sage aber soeben, mit einem Fernrohr könne er sie wieder auffinden.

Augenhintergrund normal.

31. October. Ohnmachtsanfall. Nachher Schlaf. Beschmiert sich mit Koth. Sprache langsam, anstossend. Gang schwankend, breitbeinig, sucht beim Umdrehen eine Stütze. Klagt über schlechtes Sehen: zählt Finger auf 6 m., sucht Farbenproben richtig aus.

8. November. Klagt täglich, er könne nicht mehr sehen, gehen, austreten (Stuhlgang), sprechen, urinieren. Geht nach Aufforderung anscheinend absichtlich schwankend, plötzlich ganz gut. Will die Personen nicht er-

kennen können, titulirt sie falsch. Legt sich verkehrt ins Bett; auf den Fehler aufmerksam gemacht, auf den Bauch. Nennt Zündholzschachtel „Messer“. Will nicht hören, versteht aber Flüsttersprache.

9. November. Sehe jetzt wieder besser.

10. November. Unruhig, springt alle Augenblicke aus dem Bette, schilt auf die Pfleger, belästigt die Mitpatienten. Zertrümmert in der Erregung eine Glasplatte vom Nachttisch.

13. November. Sagt lachend, er habe sein schlechtes Sehen nur simulirt, habe die Personen richtig erkannt gehabt. Wollte nur seine Augen untersucht haben.

19. November. Bisher ruhig, freundlich. Heute gereizt. Schimpft.

21. November. Abends plötzlich erregt, schimpft auf einen Mitpatienten, der ihm nichts getan hatte, schlägt das Bett auf den Boden, sucht den Schrank umzuwerfen, reisst das Hemd auf. Im Einzelzimmer ruhig.

21. November. Bei Visite tiefer Schlaf. Pupillen eng. Cornealreflexe fehlen. Reflexe von der Nasenschleimhaut nicht auszulösen. Kniephänomene erhalten. Nachher Amnesie. Kopfschmerzen.

22. November. Liegt wie gestern in tiefem Schlaf.

28. November. Aussergewöhnlich tiefer Schlaf; Nadelstiche in der Nasenschleimhaut erwecken ihn nicht. Pupillen eng.

3. December. Nach dem Erwachen sehr erregt, schlägt auf Mitpatienten ein, sucht, schimpft, urinirt auf den Boden. Im Einzelzimmer erst gegen Thür und Fenster gehauen. Dann Beruhigung.

4. December. Meint, er sei vor 3—4 Tagen in der Zelle gewesen, weil er aufgestanden sei. Sprache langsam, nicht mehr so schwerfällig.

5. December. Hat seine Speisen ins Bett geschüttet, nimmt die eines Mitpatienten. Entschuldigt sich damit, er thue es, damit sie die Wärter nicht fortnehmen.

6./7. December. Nachts unruhig, schimpft auf die Umgebung. Isolirt. Schläft dann. Nachher behauptet er, er sei ruhig gewesen.

8. December. Schläft bei der Visite ein. Bei Nadelstichen erweitern sich die Pupillen etwas, er kratzt sich mit der Hand im Gesicht. Athmung tief, sehnarchend, nur 9 Züge in der Minute. Puls 56—64, wenn keine Reizung vorgenommen wird. Kniephänomene erhalten. Nach zwei Stunden Erwachen. Puls 80.

9. December. $\frac{1}{2}$ Stunde lang tiefer Schlaf. Puls 52—56. Respiration 9 Züge in der Minute. Kniephänomene erhalten. Augen nach rechts.

10. December. Sprache schlechter. Schmerzen in der Zunge.

11. December. Stimmen vom Himmel, er solle seine Schienbeine an die Bettlade schlagen, seine Haare ausrupfen.

12. December. Sehr unruhig, wirft das Essen weg.

14. December. Schlafzustand. Puls 62. Respiration $8\frac{1}{2}$ Züge in der Minute.

15. December. Sehr unruhig. Schlaf $1\frac{1}{2}$ Stunden. Puls 56. Urinirt nachher auf den Boden. Spuckt seine Getränke aus. Legt sich unter das Bett.

17. December. Unruhig, beschimpft die Pfleger, legt sich ins Bett eines Mitpatienten X. und geht nicht heraus. Sagt, er habe eine Stimme vom Himmel gehört: „Wenn du dich nicht in das Bett von X. legst, bekommst du eine schwere Krankheit, an der du sterben wirst“.

18. December. Streit mit einem andern Patienten. Durch Schlag mit einem Schuh erhält er von diesem eine kleine Risswunde an der Stirn.

21. December. Pupillen immer sehr eng.

23. December. Will sich Nachts waschen und kämmen. Tags sehr somnolent. Sprache sehr unverständlich. Ganze linke Gesichtshälfte ödematos geschwollen. Kein Fieber, vielmehr Temperatur subnormal bis 34,8°. Oedem am Dorsum des rechten Fusses. Patient erscheint psychisch frei. Eiweiss im Urin. Hyaline Cylinder und feingekörnte Cylinder. Einzelne rothe Blutkörper.

25. December. Die Schwelling des Gesichts und des Fusses rechts hat zugenommen. Rasseln über der linken Lunge. Puls 144, fadenförmig. Mittags unruhig im Bett umhergeworfen. Zähnekniischen. Um 1 Uhr exitus.

Section: 26. December 1895, 10 Uhr: Nephritis parenchymatosa mit Blutungen im Parenchym und dem Nierenbecken. Bronchopneumonie links. Unbedeutende frische Haemorrhagien im retropharyngealen Zellgewebe. Leichte Schwellung der mesenterialen Drüsen.

Bei Aufschneiden des Duralsacks entleert sich vermehrte Cerebrospinalflüssigkeit. Substanz des Rückenmarks von guter Consistenz. Dura des Gehirns von normaler Spannung, nicht verdickt. Gyri normal gewölbt. Pia leicht oedematos durchtränkt. Keine Verwachsungen. Mikroskopisch zahlreiche sklerotische Herde im Hirn und Rückenmark.

(Nähere anatomische Angaben finden sich bei H. Gudden.)

Fassen wir noch einmal kurz zusammen: Ein angeblich nicht belasteter, 16jähriger Mensch, der auch keine Infectionskrankheiten durchgemacht hatte, erkrankte an Schwindelanfällen und Angstzuständen. Er hat ein „furchtbare Grauen vor dem Tode“. Einzelne Sinnestäuschungen treten hinzu. Er sieht den Heiland in den Wolken, der zu ihm spricht, glaubt sich dann wieder bedroht, schlägt Fenster ein, weint, schreit, hat quälendes Oppressionsgefühl. Dazwischen tauchen beglückende Halluzinationen auf. Im Vordergrunde des Bildes stehen hysteriforme Zustände mit transitorischen Paresen und Aphasien, die mit epileptoiden Schwindel- und Schlafanfällen abwechseln. Solche Schlafanfälle haben wir kürzlich in ganz ähnlicher Ausprägung bei einem schwachsinnigen, epileptischen Mädchen gesehen, bei dem später durch Operation eine Cyste im Gehirn entleert wurde. Zu berücksichtigen ist die Nephritis. Auffallend waren von vornherein die starke Gedächtnisschwäche, die nach der Schilderung durchaus den Eindruck eines organischen Gehirnleidens macht, und der rasche Stimmungswechsel.

Hierzu kommen dann die langsame, stotternde, abgehackte Sprache, der schwankende, breitbeinige Gang, die zitterige Schrift. Allein alle

diese Störungen waren keineswegs konstant, sondern wechselten unausgesetzt, sodass sie einen mehr psychischen Eindruck erwecken mussten. Auch das Sehen war nur zeitweise beeinträchtigt, der Augenhintergrund war frei, und Pat. behauptete selbst nachher, er habe das schlechte Sehen nur „simulirt“, damit ihm die Augen untersucht würden. Nystagmus und Intentionszittern sind nicht beobachtet. Die Kniephänomene erschienen nicht gesteigert. Von Fussklonus oder Spasmen ist nicht die Rede. Heute würde noch das Babinski'sche Zehenphänomen in Frage kommen. Jedenfalls standen die psychischen Erscheinungen dauernd im Vordergrund. Nach den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen ist aber anzunehmen, dass dieselben ohne den frühzeitigen Tod durch intercurrente Erkrankung allmählich gegenüber den körperlichen Symptomen zurückgetreten sein würden.

Fall III.

Anna B., 21 Jahre alt, Dienstmädchen. Der Grossvater väterlicherseits war periodisch geisteskrank, starb durch Suicid. Die Mutter ist etwas schwachsinnig. Patientin selbst war stets aufgereggt, lernte schlecht. Keine Lues. Mit 12 Jahren Anfall: Schrei, $\frac{1}{2}$ Std. bewusstlos. Nächsten Tag wieder, vorher Pelzigsein der linken Hand. Dann nicht wieder. Mit 15—16 Jahren Dienstmädchen; ordentlich. Mit 17 Jahren Influenza, dabei Zuckungen im rechten Arm, vorübergehende Lähmung des rechten Armes, dann aller Extremitäten; ging allmählich zurück. Nach einigen Wochen wieder schwere epileptiforme Anfälle, die nun alle 4—6 Wochen wiederkamen. Das Gedächtniss wurde für Dinge nach dem 17. Jahre schlecht.

17. Mai bis 20. Juni 1894 in der medizinischen Klinik: Intentionstremor. Gang breitspurig, schwankend, Füsse nicht richtig gesetzt. Feuchte Hände. Kniephänomene gesteigert. Fussklonus. Pupillenreaction erhalten. Nystagmus. Euphorische Demenz. „Hysterische Anfälle von plumpem Gepräge.“

8. Juni. Epileptischer Anfall: Drehte sich im Kreise, setzte sich, fuhr mit Drehen des Oberkörpers fort. Tonische und klonische Zuckungen. Blau im Gesicht. Zungenbiss. Schaum vor dem Munde. Anfall war in einigen Minuten vorüber, um sich dann mehrfach zu wiederholen. Hierbei jedoch keine Zuckungen mehr in den Gliedern; diese schlaff. Zuckungen im Gesicht. Bulbi stark nach rechts oben. Pupillenstarre. Einnässen. Erbrechen. Nach $1\frac{1}{2}$ Std. komatöser Zustand bis nächsten Morgen. Dann einige Zeit verwirrt.

Dann keine Anfälle mehr. Blieb auch nach der Entlassung gut bis Neujahr 1895. Arbeitete fleissig. Dann zu Bett, klagte Brennen in den Gliedern, schrie Nachts, konnte angeblich nicht gehon, that es aber doch zuweilen heimlich. Den Monat 1—2 solche epileptiforme Anfälle. 16. Februar 1895 nach der Anstalt St. Hier vor den Anfällen Gefühl von Müdigkeit und Schläfrigkeit. Dann Erlöschen des Bewusstseins. Kopf nach links, beide Arme nach oben. Klonische Krämpfe, am stärksten im Gesicht. 10 Minuten Dauer. Nachher einige Stunden bewusstlos mit starkem Röcheln. Zeitweise störendes Geschrei ohne Grund.

Blaues Gesicht. Grimassen beim Sprechen. Gang breitspurig, unsicher. Pupillen reagiren. Papillen blass. Sensibilität erhalten. Kniephänomene gesteigert. Zehenreflexe fehlen. Kein Romberg. Geringe Schulkenntnisse. Anhänglich an die Mutter. Beschäftigt sich nicht. Kein Interesse für die Aussenwelt. Obscöne Reden. Onanirt. Immer Klagen über Brennen in den Händen, Schmerzen im Hals; spuckt viel, bläst die Finger an, steckt sie zum Kühlen aus dem Fenster. Beim Sprechen Betonung der Endsilben. Verkehrte Antworten. „Hysterisches“ Wesen.

7. Juni 1895. Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen. Sprache holperig, unter Mitbewegungen. Personalien richtig. Oertlich, zeitlich unorientirt: „Das weiss ich nicht.“ Sagt der Mutter nicht Adieu. Gedächtniss sehr defekt. Fragt von Zeit zu Zeit, ob man sie katholisch machen wolle. Wird die Frage verneint, reibt sie sich vorgnügt die Hände. Pupillen reagiren, Augenbewegungen frei. Nystagmus. Facialis symmetrisch. Zunge gerade, zittert, zeigt Narben. Gaumen steil. Schlucken nicht gestört. Intentionszittern. Spastische Parese der Beine und Ataxie. Gang steifbeinig, schwankend. Romberg. Kniephänomene gesteigert. Patellarklonus. Achillessehnenreflexe deutlich. Allgemeine Hypalgesie. Temporale Ablassung der Papillen. Innere Organe ohne besonderen Befund. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Roth erkannt. Grün als blau bezeichnet. Sprache abgesetzt.

(Bleistift) „Schüssel“.

(Wachsstock) „Das braucht man zum Brennen“.

(Schlüssel.) „Rund“.

Zeigt Gegenstände richtig. Schrift zittrig. Buchstabirt beim Lesen, setzt nicht zum Wort zusammen. Sehr dement. Lacht viel. Spricht nachher besser.

10. Juni. Apathisch zu Bett. Zuweilen lautes Schreien. Unreinlich. Nennt den Arzt „lieber Vater Josef.“

26. Juni. Ohne ersichtlichen Grund $\frac{1}{2}$ Stunde unarticulirtes Brüllen.

28. Juni. Menses.

31. Juli. Heitere Stimmung. Schreit weniger.

6. August. Morgens steif und blass, ass nicht, konnte nicht gehen. Schlaf. Schmerz im Halse. Frische Bisswunde auf der Zunge. 38° Temperatur. Eiweiss im Urin.

10. August. Wieder wohl. Kein Eiweiss.

6. October 1895. Anfall: Zittert an Armen und Beinen. Blutiger Schaum vor dem Mund. Röhchelt. Dauer 10 Minuten. Nachher verwirrt.

29. October. Ruhig, reinlich.

4. November. Unruhig, schreit viel.

5. November. Drängt fort. Nachmittags Anfall um 4 Uhr 10 Min. Blau. Kopf nach links. Lichtstarre der Pupillen, die maximal weit sind. Puls 120. Benommen. Glieder schlaff. Ausser Nystagmus und Zwinkern keine Bewegung. Blass. Plötzlich um $4\frac{1}{2}$ Uhr blauschwarz. Der linke Facialis zuckt, dann links Arm und Bein. Stertoröses Athmen. Schaum vor dem Munde. Dauer 3 Minuten. Dann benommen.

Ohne Erwachen 4 Uhr 55 Min. 3. Anfall. Lichtstarre. Linker Mund-facialis zuckt, dann Arme und Beine tonisch gespannt, dann Zuckungen, allmählich Nachlassen: Erst in den Beinen, dann Gesicht, dann Armen. Liegt ruhig da, schlaff, reactionslos. Nystagmus. Patellarreflexe gesteigert. Um 5 Uhr 4. Anfall: Klonische Zuckungen in den Armen. Kopf von rechts nach links gedreht. Dann klonische Zuckungen in beiden Gesichtshälften. Einnässen. Respiration 14—16 in der Minute. Pupillen starr. Bulbi nach links. 38° Temperatur. Schlaf um 6^{3/4} Uhr; bis dahin in Pausen wiederholtes Zucken, zwischendurch schlaff. Urin frei von Eiweiss.

6. November. Schläft. 36,7° Temperatur. Puls 88. Urin frei von Eiweiss. Nach dem Erwachen benommen.

(Schlüssel.) „Löffel.“

(Becher.) „Löffel.“

(Beistift.) „Das weiss ich nicht.“

(Becher.) „Es ist Wasser darin, Wasser kann man herein thun.“

(Brot.) „Schwarzbrot.“

(Bürste.) „Messer.“

(Seife.) „Zur Wasch“; später „Seife.“

Nase +.

Ohr +.

Auge —.

Haar —.

(Geld.) „Kleid. — Er klappert. — Das ist grosses Geld, das ist Geld.“

(Buch.) „Ah schönes Kleid.“

(Uhr.) „Oh es klappert. es thut in meinem Oehr.“

11. November 1895. Ueber eine Stunde mit kurzen Unterbrechungen Zappeln und Schleudern der Glieder, besonders der Arme. Fortwährend Beuge- und Streckbewegungen. Pronation und Supination. Gespreizte Finger eigen-thümlich verdreht, flecktirt, ab- und adducirt. Zuweilen so extreme Pronation, dass die Handteller mit der Ulnarseite nach innen und oben sehen. Mitunter Oberextremitäten bis über den Kopf erhoben, Rumpf ruckweise hin- und hergeschleudert. Auch Gesichtsmuskulatur bewegt, Augen zugekniffen, Mundwinkel nach rechts oder links verzogen. Stirne gerunzelt. Am ausgiebigsten sind die Bewegungen der Kaumuskulatur. Beine weniger betheiligt. Patientin ist bei Bewusstsein. Klagt „Nervenschmerzen.“ Keine Druckempfindlichkeit.

12. November 1895. Verwirrt, gesticulirt, sagt: „Kopf weg“, macht die Gebärde des Kopfabschneidens.

15. November. Noch verwirrt. Brüllt Abends viel.

18. November. Noch verwirrt.

26. November. Epileptiformer Anfall.

6. December. Sehr erregt, schreit laut: „Dann sind sie an der Wand daher gekommen, die Thierle, an den Blumen, dann haben sie die Blumen gegessen. Dann haben sie mit dem Kopf immer so gethan.“ (Schnappt.) „Dann hab' ich gesagt, die sind gerade wie die Blumen, daher gelaufen an der Wand!“ Nachts laut.

23. December 1895. 3 Anfälle: Klonische Zuckungen des rechten Facialis. Kopf nach rechts. Nach wenigen Minuten Zucken im linken Facialis, dann in Oberextremität und Unterextremität, allmählich schwächer. Zuletzt Streckbewegungen des ganzen Körpers. R/L — Pupillen weit, l>r. Kniephänomene gesteigert. Lässt Stuhl und Urin unter sich. Blut vor dem Mund. Würgen. In den Pausen bewusstlos. Nach Klystier mit 4 g Chloral Nachlass. Noch benommen. Kein Eiweiss im Urin.

24. December. Sehr unruhig, schreit viel, nennt alles „Schüsseln“

2. Januar 1896. Brüllt noch viel in triebartiger Weise.

3. Januar. Heiter. Sprache besser.

16. Januar. Menses. — 20. Januar.

17. Februar. Geht besser. Noch Aphasie. Heiter.

18. Februar — 22. Februar. Menses.

20. März. 5 Anfälle.

12. April 1896. 7 Anfälle in 4 Stunden. Nachher unruhig.

14. April. Schreit unaufhörlich Bibelsprüche.

12. Mai. Kopfschmerzen.

21. Mai. Anfall.

22. Mai. Macht mit dem Oberkörper einen Schuss nach vorn, Arme nach vorwärts gestreckt, Finger lebhaft bewegt. Mit einem Ruck in die Kissen zurück. Mit beiden Händen in's Gesicht. Auf Befragen, wie es geht: „Nicht gut, es liegt eben in den Nerven.“

(Schlüssel.) „Messer.“

(Messer.) „Löffel.“

(5 Mark.) „Zwicker.“

(Bleistift.) „10 Pfg.“ „Jetzt sehe ich, es ist zum Aufschreiben.“

Menses bis 26. Mai.

2. Juni. Gefühl, als werde der Hals zgedrückt. Im Kopf geht es hin und her, von hinten nach vorn. Macht dabei mit dem Oberkörper nach vorn stossende Bewegungen. Lippen und Unterkiefer in zitternder Bewegung.

16. Juni. Schreit laut, macht mit dem Oberkörper stossende Bewegungen nach vorn.

Menses bis 20. Juni.

23. Juni. Ruhig, giebt Auskunft, unorientirt. Sei hier in St. Sei 60 Jahre alt. Einfachstes Rechnen falsch. Händedruck schwach.

12. Juli. 4 Anfälle. Enurese.

3.—7. August. Menses.

Nach Anfall Temperatur 38,4°.

6. September. Schreit in ganz incohärenter Weise: „Leben, Zeitung, Sagen, Sachen und Bildung, Stärkung, auch rechte und ganz gute Gesundheit und Namen, Sagen, Zeitung, Sagen, Sachen, alles recht gern, Stärkung und Bildung . . .“ u. s. w.

Menses bis 10. September.

15. September. Anfall.

12.—16. October. Menses.

1. November. Drängt fort, schreit und spricht viel.
15. November. Ruhig, blöde. Erkennt den früheren Stationsarzt nicht wieder nach halbjähriger Abwesenheit, sagt, sie habe ihn nie gesehen.
17. November. 2 epileptiforme Anfälle. Nach dem Erwachen aus dem Schlaf stärkere Aphasie.
25. November. Heiter. Unterhält sich gut mit Besuch.
16. December. 6 Krampfanfälle. Nachher verwirrt, läuft aus dem Bett, urinirt auf den Boden, findet das Bett nicht. Bei Anrede erschreckt. Spricht nicht. $38,2^{\circ}$ Temperatur.
24. Januar 1897. 2 Anfälle mit mehr linksseitigen Zuckungen und Zungenbiss.
29. April. Ställ, klagt über ihre „Nerven“.
30. April. Munter.
18. Mai. Links deutliche Atrophie des Opticus, rechts Abblässung der Papille.
23. Mai. Nachsprechen gut. Paraphasie. Skandirt jetzt deutlich bei langen Worten. Aufforderungen richtig befolgt. Planta und Vola hyperästhetisch. Sonst Sensibilität intact. Nystagmus. Intentionszittern. Gang unsicher.
- 24.—30. Mai. Menses.
7. Juni. 7 Anfälle. Nachher benommen.
17. Juni. Schreit viel.
28. Juni 1897. Epileptiformer Anfall.
13. Juli. Beiderseits blasse atrophische Papillen.
- 18.—26. Juli. Menses.
19. Juli. 3 Anfälle in der Nacht.
- 19.—24. August Menses.
19. August. Anfall mit Schrei und Zuckungen um 3 Uhr 45 Min. Um $6\frac{1}{2}$ Uhr eigenthümlicher Zustand: Der Kopf ist nach links gebeugt, der Oberkörper gekrümmmt, die Beine in Hüft- und Kniegelenk flektirt. Keine Reaction auf Anreden noch auf Reize. Allmählich kommt Pat. zu sich; blickt stier und ängstlich vor sich hin. Macht mit den Händen zupfende Bewegungen. Dauer bis 7 Uhr.
20. August. Nachts geschlafen. Heute klar. Nur mürrisch.
29. August. Isst nicht. Nahrung sei Gift!
4. September. 7 Anfälle.
- 17.—21. September. Menses.
4. October. Anfall. Dann verwirrt und erregt.
15. October. 4 Anfälle. Nachts unruhig. Unrein.
18. October. Heute erst wieder klar.
- 28.—31. October. Menses.
30. October. Epileptischer Anfall.
- 7.—11. December. Menses.
8. December. Schreit andauernd. Kein Anfall beobachtet.
24. December. Anfall. Nachher hat sich Pat. unter die Decke verkrochen. Hält sich ruhig.

10. April 1898. Sitzt benommen, zusammengekauert da, reagirt auf Andrede. Abstinirt.

20. Mai. Brüllt stundenlang, nicht zu beruhigen.

25.—29. Mai. Menses.

27. Mai. Anfall.

3. Juni. Euphorische Demenz. Kennt den Arzt. Ausgesprochene Aphasia. (Schlüssel.) „Löffel.“

(Messer.) „Löffel.“

(Patrone.) „Löffel.“

(Geldstück.) „Löffel.“

(Geldstück mit Kopf darauf.) „Herrle.“

Vom 1—20 richtig gezählt, $7 + 6 = 12$. Citirt Bibelsprüche. Pupillen reagiren. Nystagmus. Kraft der Beine und Arme gering. Intentionstremor, Füsse in Equinovarusstellung. Kniephänomene gesteigert. Achillessehnenreflexe deutlich. Spastisch paretischer Gang. Romberg.

8. Juni 1898. Kurzer Anfall.

28. Juni. Anfall mit Enurese.

9. August. 2 Anfälle gestern. Heute benommen. Kopf druckempfindlich. Spricht nicht. Die Beine sind krampfhaft an den Leib gezogen.

10. August. Wie früher. Lacht. Kein Schmerz.

11.—15. August. Menses.

17. October. 2 Anfälle mit Zungenbiss und Einnässen.

25. October. Anfall.

12. December. Schwachsinnig heiter, ruft immer nur: „Guten Morgen Herr Doctor!“ Sagt keine Antwort. Aeussert bisweilen, sie wolle fort. Läuft aus dem Bett. Isst gierig. Unrein.

(Schlüssel.) „Messer.“ Macht Bewegung des Schliessens.

(Bleistift.) „Messerle.“ „Ein Aufschreiber.“

(Uhr.) „Messerle, Zeitung, Messerle.“

(Thaler.) „Geld.“

(10 Mark.) „Löffel, Zeitung.“

(Buch.) „Zeitung, Löffel.“

Aufforderungen werden befolgt. Gang spastisch: Pat. geht breitbeinig, mit steifen Schritten. Kniee kaum gebeugt. Spitz- und Klumpfuss. Kniephänomene gesteigert. Intentionszittern etwas weniger deutlich. Nystagmus gering. Beiderseits Opticusatrophie.

27. December. Schwerer Anfall.

Februar 1899. 2 Anfälle.

März 1899. 2 Anfälle.

6. Mai 1899. 5 Anfälle an einem Tage.

29. Mai. Anfall, danach verwirrt.

30. Juni. Sehr euphorisch. Ausser bei Anfällen hält sich Pat. jetzt reinlich, Spricht besser, unterhält sich mit Pflegerin über ihren früheren Aufenthalt in der medicinischen Klinik.

(Wie alt?) „Anna B.“

(Geboren?) „27. Januar 1875.“

Vorgezeigte Gegenstände:

(Bleistift.) „Löffel“ (macht Bewegung des Schreibens).

(Schlüssel.) „Offenmacher, Löffel, Messer“.

(Messer.) „Löffel, Aufschneider“.

(Feder.) „Zum Einsticken“.

(Federhalter.) „Zum Einsticken“.

Rechnet schlecht.

Kann in den anfallsfreien Zeiten lesen.

(Roth.) Wird richtig bezeichnet.

(Grün.) „Gelb“.

Sagt zu allen anderem „weiss“.

Sensibilität nicht gestört.

11. Juli 1899. Anfall.

1. September. Nennt den Arzt in der Regel „Doctor“.

(Wo hier?) „Sachsenhausen“.

(Wer ich?) „Der Herr Vater“.

(Wie alt?) —

(Buch.) „Lesen, ein Löffel“.

(Feder.) „Löffel“.

Bezeichnet heute keine Farbe richtig. Zuweilen neugebildete Worte.

23. November 1899. (Wie alt?) „Schon gut“.

(Wer ich?) „Herr Vater. Im Geschäft Schuhmachermeisterei. Grosse Herren“.

(Schlüssel.) „Löffel, aufmachen“.

(Uhr.) „Anzeigen“.

(Licht.) Sucht es auszublasen.

(Nagel.) „Zeitung, Löffel“.

(Pferd.) „Zeitung, Thierle, Nerven“.

(Igel.) „Licht, Zeitung, Thierle, Nerven“.

(Braun.) „Löffel“.

(Roth.) Richtig.

(Grün.) „Das ist gar nichts“.

(Blau.) „Hell, schwärzlich“.

(Grün.) „Auch so ganz“.

Singt eine Strophe richtig mit. Nachsprechen schwer. Sehr erotisch.

Starke Spasmen in den Beinen. Patellarklonus und Fussklonus sind auszulösen.

2. Januar 1900. Gang breitspurig, unsicher. Passive Beweglichkeit der Finger- und Zehengelenke erhöht. Kniephänomene gesteigert. Zehenreflexe fehlen. Sensibilität nicht gestört. Pupillen reagiren. Augenbewegungen frei. Leichter Nystagmus. Intentionszittern. Mitbewegungen im Gesicht. Rachensyndrom schwach.

3. Januar 1900. Ungeheilt in eine andere Anstalt.

Dort nach zwei Jahren im Status epilepticus gestorben. Makroskopisch waren laut Mitteilung am Gehirn und Rückenmark keine Veränderungen wahrnehmbar. Eine mikroskopische Untersuchung hat leider nicht stattgefunden.

Wenn auch die Diagnose in diesem Falle nicht durch einen histologischen Befund gestützt wird, so darf man doch wohl auf Grund des Nervenstatus das Vorliegen einer multiplen Sklerose annehmen. Es bestanden: Temporale Abblässung, später Opticusatrophie, Nystagmus, Skandiren, Intentionszittern, spastische Parese der Beine mit Spitzfuss- und Klumpfussstellung, Steigerung der Kniephänomene, zeitweise auch Patellarklonus und Fussklonus. Interessant war die starke Häufung der epileptiformen Anfälle, die ganz in den Vordergrund des klinischen Bildes traten und zuweilen von einer stärkeren Aphasie gefolgt waren, während eine leichtere Störung in den freien Zwischenzeiten nachweisbar blieb. Das Vorkommen von Aphasie bei der multiplen Sklerose ist besonders von Schönheimer¹⁾ beschrieben worden. Der betreffende Kranke konnte sich oft auf Worte, die ihm sonst geläufig waren, nicht besinnen und versuchte nach vergeblichem Ueberlegen das Wort zu umschreiben. Bei Ermüdung wurde diese Erscheinung deutlicher. Auch Köppen²⁾ erwähnt bei einem Sklerotiker mit Spinalepilepsie und häufigen Delirien amnestische Aphasie und Paraphasie. In unserem Falle kam die vorgesetzte Demenz compliceirend hinzu und verwischte das Bild. Dieselbe begann schon frühzeitig und ging einher mit gemüthlicher Abstumpfung, Neigung zu obscönen Reden und Onanieren, kindischem, „hysterischem Wesen“.

Auf diesem Boden entwickelten sich dann schwerere Erregungs- und Verwirrtheitszustände von bald mehr delirantem, bald einfach triebartigem Charakter und mit incohärentem Gefasel. Der eigenthümliche Zustand am 19. August 1897 war wohl als ein Anfall von Epilepsia minor aufzufassen. Bemerkt sei, dass bei dieser Patientin ebenso wie bei dem Kranken in Beobachtung I sehr lebhafte Parästhesien vorübergehend in Erscheinung traten.

Fall III.

Karl Sch., 1876 geb., Kupferschmied, ledig.

Angeblich nicht belastet. Als Kind Rachitis, lernte erst mit zwei Jahren laufen. Pneumonie mit sieben Jahren und Masern. Niemals Krämpfe. Mit 13 Jahren Neigung zu Furunkeln. Sonst gesund. Kein Trauma, leichter Potus. Pat. war vor 2 Jahren in einer Schnapsbrennerei als Kupferschmied thätig, trank täglich für 30 Pfg. Schnaps, dazu Bier. Lues negirt, doch soll Pat. Zuhälter gewesen sein.

1) Ueber die Sprachstörung bei der disseminirten Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. I.-D. Berlin 1890.

2) Ueber die histologischen Veränderungen der multiplen Sklerose. Arch. f. Psych. XVII. S. 69.

Januar 1902. Reissen und Schmerzhaftigkeit im rechten Knie- und Fussgelenk. Gang erschwert durch Schwäche des rechten Beines.

26. Februar — 1. April 1902. Aufnahme in ein Krankenhaus: Schmerzen im Bein bei Bewegungen. Gang unsicher: rechtes Bein steif gehalten und im Kreise herumgeführt. Die Reflexe beiderseits sehr lebhaft. Rechts Fussklonus und Andeutung von Patellarklonus. Leichter Romberg. Geringer Nystagmus.

1. April. Gang gebessert. Psychisch aufgeweckter. Sehr deutlicher Nystagmus. Starke Steigerung der Kniephänomene.

9. April. Schlechter. Beine sehr schwach, beim Gehen steif und gespannt. Sprache schlechter, langsamer. Er bekam starken Schwindel, so dass er umfiel. Flimmern vor den Augen.

14. April. Aufnahme in die Nervenklinik Kiel. Psychisch nichts besonderes.

Status som.: Mässig genährt. Normale Farbe der Haut und Schleimhäute. Geringe Skoliose der Lendenwirbelsäule nach rechts, Rachitischer Brustkorb.

Pupillen gleich, mittelweit, verengen sich gut bei Belichtung und Convergenz. Nystagmus, sonst Augenbewegungen frei. Augenhintergrund frei. Nasolabial-Falten wenig ausgeprägt. Beim Sprechen Zucken im rechten Mund-facialis, der schwächer innervirt ist, als links.

Rachen frei.

Zunge gerade, zittert.

Sprache verwaschen, nasal, zuweilen anstossend.

Kein deutlicher Intentionstremor.

Sehnenreflexe der OE. OE lebhaft.

Bauchreflexe fehlen.

Cremasterreflexe erhalten.

Zehenreflex links + dorsalwärts, rechts —.

Kniephänomene und Achillessehnenreflexe gesteigert. Starker Fuss- und Patellarklonus. Große Kraft des rechten Beins herabgesetzt. Beiderseits Spasmen, besonders rechts.

Kniehakenversuch beiderseits, besonders rechts, unsicher.

Starkes fibrilläres Zucken in beiden Oberschenkeln. Romberg angedeutet. Sensibilität intakt. Gang spastisch, paretisch.

Herztöne rein. Puls 84, regelmässig. Lungen ohne Besonderheiten.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

19. April. Schlechter Geschmack. Magenschmerzen und Erbrechen.

25. April. Klagt noch Erbrechen, dazu Abgeschlagenheit.

14. Mai. Kann allein fast gar nicht mehr gehen.

3. Juni. Zunge nach R. Auf der linken Zungenseite Prickeln und Kältegefühl. Bauch- und Cremasterreflexe nicht auslösbar.

Starke Spasmen beiderseits.

Nachröhren und Muskelerregbarkeit erhöht. Romberg +.

12. Juni. Sehr euphorisch: Er werde immer besser.

17. Juni. Babinski beiderseits.

24. Juni Sehr euphorisch: Kräfte kommen wieder.

7. Juli. Niedergedrückt, Arme seien schlechter. In der That haben Spasmen der OE. OE zugenommen.

11. Juli. Stimmung besser. Urinbeschwerden

14. Juli. Wiederholtes Erbrechen grünlicher Massen.

16. Juli. Euphorisch. Spasmen im rechten Arm stärker.

17. Juli. Euphorisch. Urinlassen theils erschwert, theils unwillkürlich.

21. Juli. Trotz Verschlümmung überschwänglicher Dank für die Besserung.

23. Juli. Ausserordentlich euphorisch. Seine Kniescheiben, die man früher wegen der durchgemachten englischen Krankheit kaum habe sehen können, seien jetzt Dank der Behandlung deutlich zu fühlen. Bald sei er ganz gesund. Schätze sich glücklich, hierhergekommen zu sein.

28. Juli. R / L +, Pup. different: 1 > r.

Nystagmus nur bei Bewegungen.

Zunge nach R. Kein Prickeln mehr.

Sprache verwaschen, anstossend, skandirend.

Reflexe der OE. OE sehr lebhaft. Rechts Spasmen. Mechanische Muskelerregbarkeit in den OE. OE stark erhöht. Große Kraft der l. OE > r.

Intentionszittern.

Babinski rechts. Keine activen Bewegungen der UE. UE. Gehen und Stehen nicht möglich. Sensibilität am rechten Bein (besonders Oberschenkel), für alle Qualitäten herabgesetzt. Spitze und Knopf verwechselt, warm und kalt desgleichen. Grenzen wechseln mit jeder Prüfung.

Leichte Ermüdbarkeit.

7. Octoher. Häufiges Zwangslachen!

1. November. Zwangslachen zurückgetreten. Zunahme der Euphorie.

19. November 1902. R / L +. Skandiren. Spasmen der Halsmuskulatur. Beiderseits Babinski. Beine wieder mühsam $\frac{1}{2}$ m von der Unterlage erhoben; dabei starkes Zittern im rechten Oberschenkel. Kann allein stehen, mit Unterstützung gehen. Sensibilität überall gut.

25. Januar 1903. Immer euphorisch, dement.

10. Februar. Mit seinem Zustand sehr zufrieden. Gehen ohne fremde Hilfe nicht möglich. Starker Intentionstremor. Erzählt in kindlicher Weise, er sei ein guter Turner gewesen, und dass auch seine Brüder alle gut turnen. Fragt, ob die Lunge gesund sei, habe früher immer Cigarettendampf durch die Lunge geraucht. Sehr erfreut, als er hört, dass ja. Schreibt gleich eine Karte nach Haus, dass es ihm so gut gehe.

21. März. Schmerzen in den Beinen.

25. März. Wohlbefinden.

2. April. Sehr matt. Lässt Stuhl unter sich.

25. April. Lässt Urin unter sich. Nach Strychnin besser.

23. Juni. Weiss, wie lange er hier ist.

$13 \times 13 = 169$. Jahr? 365 Tage. Deutschland? Kaiserreich. Bismarck? Habe in Fürstenwalde gewohnt. Habe sich nie darum gekümmert. Sei kein

Freund von solchen Leuten gewesen. Er habe nur für das Interesse, was er selbst gebrauchen könne. Kiel gehöre zu Schleswig-Holstein.

Grosse Unsicherheit der Hände beim Essen.

30. Juli. Dauernd euphorisch.

10. September. Zunehmende Urteilslosigkeit: erzählt lange, gleichgültige Geschichten von früher, die angeblich mit seiner Krankheit im Zusammenhang stehen.

27. October. Beiderseits Babinski. — Bei der Untersuchung Zittern am ganzen Körper.

6. November 1903. Sagt, es gehe ihm besser. Er habe nur noch Zucken im rechten Bein und Rückgrat.

20. November. Erzählt zusammenhangslose Geschichten in schwachsinniger Weise.

3. December. Alle möglichen confusen Geschichten. Heiter.

7. Januar 1904. Sehr euphorisch.

12. Januar. Brief an die Eltern: Will gern „Mutter, Ernst und Frl. Guste aus Hamburg“ sehen; „denn verehelichen kann man sich noch lange nicht. Wenn sie nicht will, so trete ich zurück. Aber sehen möchte man sich mal.“

3. Februar. Brief an „die Obrigkeit der Nervenklinik zu Kiel“. Dankt für die Behandlung. Er habe 1900 Tripper gehabt. $\frac{1}{2}$ Jahr keinen Alkohol getrunken. „Tanzlustige Sophie N., Freundin der Männer, wollte mich in die Ehe haben. Nein zuerst kommt die Besserung. Das Fräulein hat ein kleines Baby bekommen, da denkt sie, weil ich so gut bin, der kann es bezahlen. Mit mehreren sucht sie den besten aus.“

24. Februar. Will täglich electrisirt sein, um in einigen Wochen gesund zu werden. Röhmt, wie gut er schon gehen könne!

21. März. Euphorisch, geht im Garten, einen Stuhl vor sich herschiebend. Will trotz Verbots im Zimmer allein gehen, behauptet, er könne das. Fällt dabei.

31. März. Gedrückt. Vermeidet seit dem Fall jeden Gehversuch. Apathisch zu Bett.

8. April. Eingenässt.

13. April. Kann heute das rechte Bein nicht bewegen. Rechter Facialis paretisch. Zunge nach rechts. Rechter Arm ist frei. Anfall nicht beobachtet.

14. April. Sehr euphorisch.

20. April. Nässt nicht mehr ein, hebt das rechte Bein wieder von der Unterlage ab. Rechter Facialis nicht mehr so gelähmt. Zunge nach rechts.

23. April. Bei jeder Visite ein Anliegen: baldige Entlassung, um zu heiraten, oder Urlaub, um sich ordentlich zu amüsieren oder zu turnen. Sucht allein zu gehen. Verlangt mehrfach, I. oder II. Klasse verpflegt zu werden, da er genug Geld dazu habe.

29. April. „Vollkommen gesund. Gehen noch etwas schwer, aber unbedeutend.“ Nur beim Sprechen und Lachen Facialis-Differenz. Zunge wenig nach rechts. Rechtes Bein bis 45° erhoben.

15. Juni. Deprimiert. Könne nicht gehen. Fährt im Rollstuhl, tastet an der Wand entlang.

14. Juli. Dement, euphorisch. Leicht gereizt. Verlangt vom Pfleger barsch „sofort 100 Cigaretten“. Macht sich im Badezimmer zu schaffen, will hier helfen.
26. August. Lumbalpunction: Trübung und Lymphocytose.
20. September. Dement, euphorisch. Will spazieren fahren.
25. September. Muss alle 2 Stunden Urin lassen.
7. October. In den letzten Tagen öfters verwirrt, spricht unzusammenhängend, turnt an den Betten herum, sagt, er müsse sich beschäftigen. Heute gereizt, schlägt den Pfleger in's Gesicht ohne Veranlassung.
8. October. Ruhig, keine Klagen, lächelt blöde.
9. October. Wieder gereizt. Bleibt nicht zu Bett.
28. November. Euphorisch. Spricht unzusammenhängendes, verworrenes Zeug. Er habe viel Geld, seine Besserung schreite fort.
6. December. Brief an Frau Wittwe L. „Euer Wohl! Inhaber dieses wünscht, dass Sie mit Eurer Nichte Franziska morgen Nachmittag herkommen. Immer der alte Allright wie Turnlehrer Jahn. Immer ich hoffe und denke nix versäumen. Alles andere in der Mundsprache“ u. s. w.
7. December. Erregt. Schimpft auf den Pfleger. Antwortet dem Arzt ganz kurz. Leicht zu beruhigen.
8. December. Behauptet, der Pfleger steche ihn Nachts heimlich in den Rücken. Er merke es hinterher an den Schmerzen.
21. December. Zieht die Kleider verkehrt an.
24. December. Sehr fidel.
28. December. Isst nichts, mag nicht!
30. December. Isst wieder gut.
5. Januar 1905. Nachts beim Wasserlassen umgefallen, Unterlippe aufgeschlagen.
7. Januar. Heirathsgedanken, Millionärin aus der Moltkestrasse wolle ihn haben.
11. Januar. Will nicht mehr heirathen. Heirath sei Luxus. Der Pfleger habe Schweinerei mit seiner „Braut Martha“ getrieben. Man sähe es ihm an den Augen an. Meine Tante deine Tante hätte er mit ihr gemacht. „Martha“ wohne Mittelstrasse. In der Moltkestrasse wohne eine Fürstin, Millionärin, wolle ihn haben. Er wolle sie nicht, weil sie ihm zu viel Geld habe. Die „Dame in der Waschküche, Frieda“, denke auch, ihn zu kriegen.
13. Januar. Beschwert sich, er sei wieder von den Pflegern mit der Nadel in den Rücken gestochen während der Nacht. Sie kämen heimlich, hätten einen Kontrollschlüssel. Auch am Tage, wenn er am Schreibtisch sässe, würde er ganz heimlich in den Rücken gestochen; ohne dass er es selbst merke. Die anderen Patienten wären mit den Pflegern im Bunde und sagten nichts.
- Brief an die Eltern: Es gehe ihm besser. „Es wird eine andere Liebe werden, nähmlich eine Frieda.“ Habe sie nur in der Kirche gesehen. Es komme alles von der Rachitis. Spricht von „meiner Martha“ zu Hause. Will für sie arbeiten, damit sie eine ordentliche Wirthschaft kriegt, wenn sie seine Frau wird. „In nächster Zeit Hochzeit im englischen Garten.“

16. Januar. Euphorisch. „Die Krankheit verwächst sich wieder.“

21. Januar. Pupillen mittelweit. 1 Spur > r.

R / L+. R/C+. AB+.

Nystagmus horizontalis stark.

r Lidspalte > l.

Facialis l > r. Zunge nach R, zittert. Uvula nach rechts. Rachenspasmus schwach. Sprache verwaschen, langsam, skandirend. Intentionstremor. Kopfwackeln.

Starke Ataxie bei Nasenversuch.

Reflexe der OE. OE gesteigert.

Mechanische Muskelerregbarkeit erhöht.

Starkes vasomotorisches Nachröthen.

Bauchreflexe 0. Cremasterreflexe 0.

Starke Spasmen in den UE. UE.

Kniephänomene und Achillessehnenreflexe gesteigert.

Patellarklonus beiderseits.

Fussklonus l > r.

Babinski beiderseits l > r.

Rechts UE bis 60° erhoben aus Rückenlage, l bis 75°.

Ataxie bei Kniehakenversuch.

Pinsel +. Kopf und Spitze der Nadel verwechselt. Schmerz +. Temperatur +.

Gang spastisch-paretisch, gebeugt, allein mit Mühe. (Hält sich meist.) Kann nicht lange allein stehen. Leichte Kyphose der Brustwirbelsäule. Emmetropie S = 5/6 r, 5/10 l.

Beiderseits temporale Abblässung der Papillen. Gesichtsfeld nicht eingeschränkt.

Gehör: Flüstern in 6 m verstanden. Stereognosie +. Drucksinn +. Geruch +. Geschmack +.

Es gehe ihm gut. Nur das Gehen wolle noch nicht. Eine Fürstin wohne hier über ihm. „Das kann man hören.“ Nicht gesehen. Er höre ihre Stimme. Sie wolle ihn heirathen. „Das ist leicht zu hören“. Sie und die anderen erzählen es. Sie habe sehr viel Geld. Kotillarden, mehr als Milliarden. Ihr Mann sei gestorben, habe Köster Fürst zu Hohenlohe geheissen. Sie habe dunkle Haare, braune Kleider, sei mittelgross. Er heirathe sie, wenn er gesund sei. Lächelt zufrieden.

26. Januar 1905.

Wie geht es?

„Gut.“

Wie lange hier?

„Seit 12. April 1902.“

Heute?

„Dienstag, 17. Januar 1905.“

Director der Klinik?

Richtig.

Ich?.

„Oberarzt Köster.“

Abtheilungsarzt?

„Das weiss ich nicht. Den Mann
kenne ich nicht.“

Sonstige Aerzte? .

Nennt frühere Aerzte richtig.

Wer noch hier?

„Dr. Erhorn, den kenne ich von klein auf. Als er noch so klein war. Der ist hier im Betrieb der Anstalt.“ Bezeichnet auf Befragen einen Arzt als Dr. Erhorn, kenne den von früher.

Seit wann ist er hier?

„Dass weiss ich nicht genau, im Herbst.“

Noch Jemand von früher?

„Ja, Dr. L. Der sagte: 3 × täglich electrisch baden.“

Beruf?

„Kupferschmied.“

Arbeitsaufnahme?

„Wenn ich das nur erst könnte! Mein Leiden kommt von der Kais. Werft her. Ich bin da gefallen.“ (Beschreibt den angeblichen Fall.)

Pläne?

„Wieder zur Werft zur Arbeit.“

Heirathen?

„Das will ich. Ich weiss noch nicht wem. Mit 60 Pfg. Schnaps und 60 Pfg. Bier habe ich eine Dame probirt, ob sie wirklich alkoholfrei ist. Sie war nicht alkoholfrei. Sie war von Ost- und von Westpreussen. Das war 1901.“

Anerbietungen von Damen?

„Ach, die viele Wirthschaft, die ich gehabt habe, hier oben ist eine Wittfrau, die hat Tausende von Milliarden in Mark, die wohnt hier drüber in der ersten Klasse.“

Schon gesehen?

„Sie guckte von oben herunter mit ihrem Mann, und ich fuhr im Wagen.“

Was gesagt?

„Die hat mich so angesehen, als ihr Mann tot war. 2 oder 3 Tage später war sie in hellem Kostüm. Ich meine das bedeutet, dass sie Absichten hat, mir zu kriegen. Sie hat drüben im Garten Verlobung gefeiert. Ich lag hier im Bett. Ich habe gesagt: „Meinetwegen spielen Sie Verlobung, soviel Sie wollen! Das geht nicht, wenn ich im Bett liege“. Sie verlangt, ich sollte raus aus der Klinik, aber hier ist gut sein. Das geht nicht so schnell.“

Auch in der Küche Braut?

„Auch in der Küche sind mehrere Damen, die sich für mich interessieren. Die können ja später bei mir in

Dienst kommen. Die oben ist ja eine Fürstin. Wenn ich die heirathe, kann ich die anderen in Dienst nehmen. Die Fürstin heisst Gertrud zu Hohenlohe.“

Sie später auch geadelt?

„O danke, da quäle ich mich nicht drum.

Da mache ich mir keine Gedanken.“

31. Januar. Seine Braut sei in der Küche, heisse Martha Frieda K., se Schwester eines Mitpatienten. Sie habe hübsche Statur, rothe Backen, sei liebenswürdig und liebe ihn sehr. „Sonntags, während der Kirche, war ich das letzte Mal in der Küche.“ (Pat. verlässt nie die Abtheilung.) „Ich habe viel Geld bis 350000 Mark. Meine Eltern haben viel Geld.“ (Was ist Vater?) „Arbeiter.“ Er feiere zwischen Weihnachten und Neujahr Hochzeit im englischen Garten. Alle Aerzte würden eingeladen. Man solle sich mit 20 Jahren paaren und mit 30 Jahren verheirathen.

18. März. Sehr reizbar. Verlangt bei Aerger sofort seine Entlassung. Leicht zu beruhigen. Bald abweisend, bald freundlich.

10. April. Hat für die Aerzte besondere Namen, an denen er festhält. Sagt, die Abtheilung sei wohl ein Schiff. Sein rechtes Bein zittere wie auf dem Schiff.

„Oben wohnt die Gräfin Hohenlohe mit 100000 M. 10 mal mehr muss sie haben, wenn sie mich haben will.“ Er habe sie draussen gesehen. Durch seinen Körper gehe positive und negative Elektricität. „Ich bin bei 88° gebadet, negativ und positiv, Celsius, Réaumur.“

14. April. Spricht wieder mehr von seiner Braut, will sich nun endlich verloben.

24. April. Droht dem Arzt, ihn aus dem Fenster zu werfen. Kann kaum allein stehen.

18. Mai. Beschmutzt Bett und Wände mit Stuhlgang. Er spreche häufig seine Braut, sie gehe hier spazieren. Neulich habe er sie geküßt.

21. Mai. Seine Braut sei todt, liege unter der Erde; der Arzt habe sie dahingebbracht.

22. Mai. Wolle erst heirathen, wenn er besser zu Wege wäre.

Pupillen untermittelweit, links Spur weiter als rechts, reagiren etwas träge. Convergenzreaction schlechter. Deutlicher Nystagmus. Rechte Lidspalte weiter als linke. Facialis R < L.

Sprache undeutlich, nasal, skandirend.

Intentionstremor und Ataxie.

Quinquaud +. Reflexe der OE. OE gesteigert. Mechanische Muskelerregbarkeit etwas erhöht. Vasomotorisches Nachröhnen. Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlen. Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Patellarklonus +. Kein Fussklonus. Links Babinski, rechts nicht deutlich. Pinselstriche prompt lokalisirt, Spitze und Knopf verwechselt.

Kann allein nur gehen, wenn er sich an den Wänden entlang tastet. Spastisch-paretischer Gang; nach vorn gebeugt.

24. Mai. Temporale Abblässung der Papillen beiderseits. Gesichtsfeld für weiss normal, für Farben nicht aufzunehmen. In den letzten Tagen gereizte Stimmung.

10. Juni. Euphorisch, verlangt eine Droschke; will Urlaub nehmen und die Stadt ansehen.

25. Juni. Beiderseits Fussklonus und Babinski. Sensibilität nicht gestört. Das rechte Bein geschleift.

14. Juli. In letzter Zeit deprimirt, es werde immer schlimmer.

1. August. Heiterer Stimmung, macht viel Gehversuche; lacht, wenn er fällt. Wirft vorübergehenden weiblichen Besuchern Kusshände zu.

4. November. Will nichts mehr von der „Gräfin Hohenlohe“ wissen, nennt sie „ein altes Saustück“. Will jetzt eine „Prinzessin“ heirathen, die noch viel reicher sei. Ziemlich stumpf, producirt wenig, lebt zufrieden in den Tag hinein.

Dass dieser Pat. an multipler Sklerose leidet, steht wohl ausser Zweifel. Es könnte sich höchstens die Frage erheben, ob es sich nicht um eine Combination mit Paralyse handle im Sinne von F. Schultze u. a. Das einzige Moment, das aber zu Gunsten dieser Auffassung angeführt werden könnte, wäre die Lymphocytose. Indessen haben wir diese wiederholt auch bei ganz reiner disseminirter Sklerose¹⁾ beobachtet, sodass ein solcher Befund allein noch nicht allzu sehr in's Gewicht fallen dürfte. Sämmtliche übrigen körperlichen Symptome sprechen gegen die Annahme einer Paralyse. Namentlich die Pupillenreaktion war dauernd erhalten.

Was die Form der psychischen Störung betrifft, so entspricht sie ganz den Schilderungen von Lannois und Geay, die sich auch entschieden gegen eine derartige Combination ausgesprochen haben. Auch die früher citirten Ausführungen von Leyden, Mendel, Bechterew, die sehr ähnlichen Fälle von Valentiner, Leube, Jolly, Gasquet und Dannenberger sind in diesem Zusammenhange zu nennen. Wie bereits oben hervorgehoben wurde, gelangt das sklerotische Grössendelir erst in vorgeschritteneren Fällen zur Entwicklung. Wenn auch nach Geay die Wahnideen sich wieder ganz zurückbilden können, so scheint doch meist eine hochgradige Verblödung zurückzubleiben.

Der bisherige Verlauf in unserem Falle ist kurz folgender: Zwei Jahre nach manifestem Ausbruch der Sklerose bei deutlicher Abnahme der Intelligenz und Neigung zu Confabulationen stellen sich abenteuerliche Heirathsgedanken ein. Pat. äussert bald Verfolgungsideen gegen die Pfleger, die ihn im Schlaf überfallen sollen, bald expansive Vorstellungen: er sei sehr reich, wolle erster Klasse verpflegt werden“, während thatsächlich die

1) Die gleiche Angabe macht Rosenthal, Neurolog. Centralbl., 1905. S. 870.

Armenverwaltung für ihn bezahlt. Im folgenden Jahre nehmen diese Grössenideen immer bedeutendere Dimensionen an. Er soll Gräfinnen und Prinzessinnen heirathen mit vielen Milliarden und „Kotiliarden“. Er hört darüber sprechen, fabelt von einer stattgehabten Verlobung, macht aber keinerlei Anstalten, seine wahnhaften Gedanken in die That umzusetzen, sondern lebt zufrieden in der Klinik weiter. Die Ideen verblassen oder treten schärfer hervor, je nachdem Pat. traurig oder heiter gestimmt ist. Infolge von Personenverkennung giebt er den Aerzten falsche Namen, hält dann aber beharrlich an diesen fest, verwechselt nicht die einzelnen Persönlichkeiten. Stärkere Erregungen und Affecte, eigentliche Verwirrtheitszustände sind bisher nicht aufgetreten. Trotz seiner Demenz nimmt er entschieden Antheil an den Vorgängen in seiner Umgebung, ist zeitlich orientirt, zeigt lebhafte Sympathien und Antipathien. Nicht zu jeder Stunde und nicht mit jedem spricht er über seine Wahnideen. Wenn man nicht viel Geduld hat, wird man, zumal bei seiner Sprachstörung, nicht viel erfahren. Es ist sehr wohl denkbar, dass ihn unter Umständen ein Arzt im Krankenbause längere Zeit behandeln könnte, ohne etwas von seinen Grössenideen zu ahnen. Vielleicht erklärt sich hierdurch die relative Seltenheit einschlägiger Beobachtungen. Ob es sich bei dem hier beschriebenen Verlaufstypus um eine specifische Geistesstörung bei multipler Sklerose handelt, lässt sich auf Grund des bisher vorliegenden kleinen Materials nicht entscheiden.

Auf eine Besprechung des einfachen Schwachsinn der Sklerotiker näher einzugehen, lag ausserhalb des Rahmens dieses Aufsatzes, und dürfte auch nach den sorgfältigen Untersuchungen, die Seiffert¹⁾ erst ganz neuerdings veröffentlicht hat, überflüssig erscheinen. Auffallend war in allen unseren Fällen das lange Zeit erhaltene Interesse für die Umgebung, die geringe gemüthliche Stumpfheit, die meist gute Orientirung. Zum Schluss sei nur betont, dass unsere Erfahrungen den alten Satz von Meynert²⁾ bestätigen, die Demenz setze im Allgemeinen erst nach längerem Bestande der somatischen Krankheitszeichen ein. Wo deutlicher Schwachsinn den körperlichen Symptomen voraufgehe, handle es sich um jüngere Individuen, bei welchen durch die sklerotischen Gehirnveränderungen schon eine Entwicklungshemmung gesetzt wurde.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Siemerling, bin ich für die liebenswürdige Ueberlassung der Krankengeschichten und Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit zu Dank verpflichtet.

1) loc. cit.

2) loc. cit.
