

VIII.

Aus der Kgl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel
(Geh.-Rat Prof. Dr. Siemerling).

Zur Psychopathologie der Paralysis agitans.

Von

Dr. H. König,

Assistenzarzt.

Bevor ich auf den eigentlichen Zweck der nachfolgenden Darstellung — die psychischen Störungen bei der Paralysis agitans — eingehe, will ich kurz in statistischer Hinsicht über die an unserer Klinik zur Beobachtung gekommenen Fälle an Paralysis agitans referieren. Einerseits sind die Zahlen vielleicht für weitere grössere Sammelstatistiken und Zusammenstellungen über diese Erkrankung wertvoll, andererseits werde ich selbst noch am Schlusse darauf zurückgreifen, um an der Hand derselben die relative Häufigkeit der psychischen Störungen zu zeigen.

Alles in allem sind in unserer Klinik seit ihrem Bestehen, d. i. seit dem Jahre 1901, 23 Fälle von Paralysis agitans zur Beobachtung gekommen und zwar 12 in der Poliklinik, während 11 sich in klinischer Behandlung hier befanden. Da das poliklinische Material in diesen Jahren rund 5000 Fälle beträgt, so ergibt dies einen Prozentsatz von 0,24, während bei den rund 10 000 klinischen Kranken der Prozentsatz 0,15 beträgt. Das erstere Verhältnis stimmt fast genau mit dem von Krafft-Ebing angegebenen überein, der unter 34 000 Nervenkranken 77 Fälle von Paralysis agitans fand, also 0,23 pM. (Mendel), während das Prozentverhältnis bei dem klinischen Material ein viel geringeres ist, was nicht weiter verwunderlich erscheint.

Was die Beteiligung der beiden Geschlechter betrifft, so waren unter den 23 Kranken 12 Männer und 11 Frauen, also ungefähr von beiden gleich viel, was fast den Beobachtungen von Mendel entspricht, der unter 41 Kranken 20 Männer und 21 Frauen hatte. Da die Beobachtung anderer Autoren teils ein Ueberwiegen der Männer, teils ein solches der Frauen fanden, so scheinen in letzter Linie die beiden Geschlechter kaum in erheblich differenter Anzahl an der Erkrankung

beteiligt zu sein. Was die Frage des Alters anbelangt, so hatten unsere Kranken alle mit einer einzigen Ausnahme das halbe Jahrhundert schon überschritten. Das Durchschnittsalter betrug ebenso wie bei Mendel 56 Jahre. Bei dem jüngsten Falle, einer Frau, die in ihrem 39. Jahre zur Beobachtung kam, hatte das Leiden mit dem 34. Jahre begonnen.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen wende ich mich den psychischen Störungen zu, die meist noch immer als zufällige Komplikationen betrachtet werden, was nach unseren Beobachtungen jedoch nicht der Fall zu sein scheint.

Parkinson selbst hat in seiner grundlegenden Schrift im Jahre 1817 von psychischen Störungen nichts berichtet und erst lange Jahre nachher hat Ball im Jahre 1881 darauf hingewiesen. Im Laufe der nächsten Jahre erschienen besonders in Frankreich zahlreiche Veröffentlichungen, die sich mit den bei der Paralysis agitans vorkommenden Psychosen resp. psychischen Störungen befassten und ein ziemlich reichliches kasuistisches Material brachten.

Ball selbst berichtet über 7 Fälle, von denen vier ausgesprochene psychische Störungen zeigten, während dieselben bei den anderen drei unbestimmter Natur waren und kommt zu dem Schluss, dass die Paralysis agitans häufiger, als man denke, von geistigen Störungen begleitet sei, die vorwiegend der depressiven Form mit Selbstmordtrieb und Halluzinationen angehörten, und dass dieselben in ihrer Intensität parallel mit den Bewegungsstörungen gingen. Im Jahr darauf veröffentlicht Parant einen Fall, bei dem sich nach neunjährigem Bestehen der Erkrankung, nachdem mehrere Jahre vorher eigentümliche Sensationen wie, er habe vier Beine, vorangegangen waren, sich eine Geistesstörung mit paranoidem Charakter, Verfolgungsideen und zahlreichen Sinnestäuschungen entwickelte, in deren weiterem Verlauf eine anscheinend recht erhebliche Demenz auftrat. Parant ist nicht der Anschauung Balls, dass die psychischen Störungen gewissermassen Hand in Hand mit der Intensität der motorischen Erscheinungen, des Zitterns gehen, kommt im übrigen aber ungefähr zu denselben Anschauungen und Schlüssen wie Ball. Ich möchte gleich hier einschalten, dass ich in diesem Punkt mich der Meinung Parants anschliesse, da das zeitliche Zusammentreffen gesteigerter krankhafter Erregung und Verstärkung der Bewegungsstörung an sich nichts Bemerkenswertes enthält, was auf einen besonderen inneren Zusammenhang schliessen liesse, da ja auch sonst unter dem Einfluss einer psychischen Erregung, einer einfachen Unterredung schon, der Tremor eine Steigerung erfahren kann.

Die nächsten Publikationen, die sich mit dem vorliegenden Thema befassen, röhren von Roger, Wille und Béchet her, die einen oder zwei Fälle mit mehr oder minder schweren Erregungszuständen mitteilen.

Charcot berichtet in seinen „*Leçons sur les maladies du système nerveux*“ aus dem Jahre 1888 wohl auch von psychischen Störungen, hält dieselben aber für Enderscheinungen — womit er für die sub finem vitae auftretenden Delirien sicher recht hat — oder für zufällige Komplikationen. Ungefähr denselben Standpunkt vertritt Stempa, der die Stimmung der Kranken als meist deprimiert bezeichnet, sich aber weiterhin dahin ausspricht, dass es zu ausgesprochen psychischen Erkrankungen nur in den Endstadien des Leidens komme. Unter den von Gorski beschriebenen zehn Fällen findet sich einer, bei dem mit Beginn des Leidens deprimierte Stimmung, Weinerlichkeit, Vergesslichkeit und Zerstreutheit besteht, ein anderer, bei dem die deprimierte Stimmung dem Beginn des Leidens lange vorhergegangen sein soll. Bei zwei Fällen wird die Psyche als intakt bezeichnet, während bei den übrigen Fällen über den psychischen Zustand nichts gesagt ist. Der Verfasser scheint dieser Seite der Symptomatologie weniger Interesse gewidmet zu haben. Unter den zwei Fällen von Paralysis agitans im jugendlichen Alter, über die Siehr berichtet, befindet sich eine 28jährige Frau, bei der die Intelligenz intakt, die Stimmung dagegen äusserst trübe sei, verbunden mit Kopfschmerzen und der fortwährenden Angst ins Irrenhaus zu kommen. Dazu kämen bisweilen Anfälle einer unbestimmten Angst, die sie sehr aufregten und zu heftigen Ausbrüchen gegen ihre Umgebung veranlassten.

Wollenberg will eigentliche psychische Störungen nicht als zu dem typischen Krankheitsbilde gehörig betrachten, sondern als Komplikationen, als welche er auch die beiden beschriebenen ansieht, und erkennt nur Stimmungsanomalien und zwar auch überraschende Euphorie, grosse Reizbarkeit — bei meist erhaltener Intelligenz — als häufig vorkommend an. In seiner Kasuistik erwähnt er selbst einen seiner Kranken, der Suizid beging, will aber hierin nicht ohne weiteres etwas Krankhaftes sehen, eine Anschauung, der ich auch bei Mendel und Forster begegnet bin und über die noch zu sprechen sein wird.

Auffallenderweise erwähnt Gilli in seiner ausführlichen „*Etude sur le syndrome de Parkinson*“ das Vorkommen psychischer Störungen überhaupt nicht, ebenso wie Erb, der sagt: „Dabei bleiben die psychischen und Sinnesfunktionen vollkommen ungestört“, an anderer Stelle „Intelligenz und Gedächtnis der Kranken erscheinen ungetrübt“,

und nur sagt: „doch gibt es davon natürlich auch mancherlei Ausnahmen“.

Compin unterscheidet nach der Literatur drei Gruppen von psychischen Störungen: 1. Charakterveränderung im Sinne einer grossen Weinerlichkeit, 2. Abnahme der Intelligenz und 3. die seltenen Fälle von Melancholie mit Angst, Verfolgungs- und Vergiftungsideen, Selbstmord und Sinnestäuschungen, ohne aber zwischen diesen verschiedenen Formen ein einigendes Band zu sehen, teilt aber selbst keine hierher gehörige Beobachtung mit. Terrien — ebenfalls wieder ein Franzose — schildert einen 77jährigen Mann, der seit 4 Jahren an Paralysis agitans erkrankt war und der durch Monate hindurch Cheyne-Stokesches Atmen zeigte, zeitweise verbunden mit ausserordentlich lebhaften Sinnestäuschungen. Auf die Anschauung von Ball greift wieder Punton zurück, und teilt einen entsprechenden Fall mit. Steindl wieder fasst die bei der Paralysis agitans vorkommenden psychischen Störungen als zufällige Komplikationen auf und erwähnt, dass er einmal nach einer fieberhaften Bronchitis einen Delirium tremensartigen Zustand gesehen habe. Schmid teilt ein Gutachten über eine 50jährige Frau mit, bei der sich nach einem schweren Trauma (Commotio cerebri) eine typische Paralysis agitans entwickelte, die von lückenhafter Erinnerung, Herabsetzung der Merkfähigkeit, weinerlicher stiller und niedergedrückter Stimmung bei erhaltener Orientierung begleitet war und lässt es dahingestellt, ob diese Störungen als Teilerscheinungen der Paralysis agitans aufzufassen seien, oder als unmittelbare Folge der Hirnerschütterung. Alquier erwähnt kurz das Vorkommen von psychischen Störungen und Oppenheim sagt, die Intelligenz sei in der Regel nicht verringert, die gelegentlich auftretenden Geistesstörungen seien als Komplikationen zu betrachten, während die meist vorhandene Verdriesslichkeit, der Hang zum Weinen durch die grossen Beschwerden naturgemäss erzeugt würden.

Collomb, der als Ursache der Paralysis agitans eine Intoxikation oder Infektion — bedingt durch Verdauungsstörungen oder Arteriosklerose — annimmt, teilt einen Fall mit schweren nächtlichen Angstdelirien mit. Catola hat unter 13 Fällen zweimal psychische Alterationen beobachten können, einmal hervorgerufen durch Verzweiflung und Mutlosigkeit, einmal durch Wahnvorstellungen und Verfolgungs-ideen, während Hecker unter 25 Fällen keinen erwähnt, der in psychischer Hinsicht Anormales geboten hätte, was einigermassen auffallend erscheinen muss.

Lundborgs Patientin gibt selbst an, ihr Gemüt habe sich geändert, sie sei so traurig und weinerlich geworden, auch habe sie

häufig eine innere Unruhe. Zeitweise habe sie auch phantasiert, während die Intelligenz intakt geblieben sei, und Bychowski erwähnt die relative Häufigkeit der Psychosen ohne näher darauf einzugehen. Ganz allgemein sagt Régis, dass zur Symptomatologie der Paralysis agitans ein eigenartiger Geisteszustand gehöre und unterscheidet zwischen vorkommenden elementaren psychischen Störungen, zu denen er Veränderung des Charakters und der Stimmung, geistige Apathie, Egoismus, Ueberempfindlichkeit, Reizbarkeit u. a. rechnet, und ausgesprochenen Psychosen vorwiegend melancholischen Charakter, ohne jedoch zwischen den beiden einen Zusammenhang anzunehmen. Siemerling spricht sich dahin aus, dass in vielen Fällen Intelligenz und Gedächtnis gut blieben, der Gesamtzustand im Laufe der Erkrankung meist ein verstimmter, reizbarer werde und dass zuweilen psychische Störungen auftraten: Aufregungszustände, paranoische Ideen, melancholische Verstimmungen, seniler oder arteriosklerotischer Schwachsinn. In ähnlicher Weise äussert sich auch Fürstner.

Die von Klieneberger bei seinen beiden Fällen beobachtete Geistesstörung, die mit Hysterie kombiniert aufgetreten sein soll, enthält wenig oder nichts von den — wenn ich so sagen darf — für die Paralysis agitans eigentümlichen Störungen, sondern scheinen nach den dort gemachten Angaben mehr in das Gebiet andersartiger organischer, von der Paralysis agitans unabhängigen Geistesstörungen zu gehören, wofür sowohl die Symptome, völlige Einbusse der Merkfähigkeit, tiefe Defekte des Gedächtnisses und der Intelligenz, indifferente, nahezu euphorische Stimmung, als auch in dem einen Fall die Ursache, eine schwere Commotio cerebri, in dem anderen die hochgradige Arteriosklerose sprechen. Auch der Fall von Bourilhet — eine Paralysis agitans entwickelt sich bei einem 67jährigen dementen Epileptiker — gehört nicht hierher. Ziehen meint, die langsame Veränderung der psychischen Konstitution, die Einengung der Vorstellungs- und Interessenkreise, die hypochondrische Färbung der Stimmung, die krankhafte Eigenwilligkeit und das krankhafte Misstrauen beruhten in manchen Fällen auf einer Komplikation mit seniler oder arteriosklerotischer Demenz. Ausgesprochene zur akuten halluzinatorischen Paranoia gehörige Psychosen seien selten, häufiger kurze delirante Erregungszustände.

In seiner ausgezeichneten Darstellung der psychischen Störungen bei der Paralysis agitans, auf die ich noch zurückkommen werde, teilt Mallié einen Fall seiner eigenen Beobachtung mit. Ein 59jähriger Mann mit schweren hypochondrischen und Verfolgungsideen, Angriffen auf seine Frau und Suizidversuchen. In seiner Zusammenfassung unter-

scheidet er einfache Störungen des psychischen Zustandes und eigentliche Psychosen, die nichts Spezifisches haben, aber vorwiegend melancholischen Charakter tragen. Marie referiert vorwiegend in pathologisch-anatomischer Beziehung über einen Fall von Paralysis agitans mit halbseitigem Zittern und einer bestehenden Demenz ohne über diesen Punkt nähere Angaben zu machen, während Séglas und Lagre einen eigenartigen Fall beschreiben, der neben einem Torticollis, zahlreichen Tics und einer hypochondrischen Geistesstörung auch das Aussehen einer Paralysis agitans hatte, was aber nach Ansicht der Verfasser nur rein äusserlich sein soll. In etwas ausführlicherer Weise beschäftigt sich Mendel in seiner Monographie mit den psychischen Störungen und kommt zu der Anschauung, dass außer den relativ häufigen Kombinationen mit Dementia senilis oder Dementia arteriosclerotica keine eigentlichen geistigen Störungen vorkämen, dass die manchmal beobachteten paranoischen Störungen als zufällige Komplikationen aufzufassen seien und dass die oft angegebene Verstimmung und hypochondrische Hoffnungslosigkeit, ja selbst die in der Literatur angegebenen Selbstmorde und Selbstmordversuche als physiologisch begründet anzusehen seien, eine Annahme, mit der ich mich weiter unten auseinandersetzen werde. Nebenbei erwähnt er ebenso wie Forster in seiner kürzlich erschienenen Arbeit das Vorkommen auffallender Euphorie. Auch sonst nimmt Forster dieser Frage gegenüber, speziell in dem Punkte der Verstimmung und des Suizids denselben Standpunkt ein wie Mendel und sagt nur noch, dass der Zusammenhang der vorkommenden psychischen Störungen mit der Paralysis agitans noch zu diskutieren sein werde.

Aus diesen vorstehenden Anschauungen, Urteilen und Beispielen — wobei ich hoffe, dass mir keine irgendwie wesentliche Mitteilung über das Thema entgangen ist — geht hervor, dass folgende Annahmen fast allgemeine Gültigkeit haben:

1. Die an Paralysis agitans Leidenden — oder wie die Franzosen kürzer sagen: Parkinsonniens — zeigen meist einen von der Norm abweichenden Gemütszustand und zwar vorwiegend im Sinne einer depressiven Veränderung — in seltenen Fällen eine Euphorie. Diese Anschauung finden wir fast bei allen Autoren vertreten, auch bei denen, die sonst von psychischen Störungen nichts wissen wollen, nur in der Erklärung unterscheiden sie sich, indem die einen die Verstimmung als physiologisch durch das qualvolle Leiden begründet ansehen, wie Mendel und Forster, die sogar soweit gehen, dass sie eventuelle Selbstmordversuche und Selbstmorde nicht als pathologisch auffassen wollen. Andere wieder, wie z. B. Ziehen, glauben, dass die Ver-

änderung der psychischen Konstitution oft auf eine Komplikation mit seniler oder arteriosklerotischer Demenz zurückzuführen sei, während nur wenige, wie Régis, Mallié u. a. dieselben als zur Symptomatologie der Paralysis selbst gehörig, resp. durch dieselbe bedingt betrachten.

2. Im Verlauf der Paralysis agitans kommt es manchmal zu delirösen rasch vorübergehenden Verwirrtheitszuständen (Beobachtung von Collomb, Lindborg, Terrien u. a.).

3. In einzelnen Fällen kommt es zur Ausbildung einer echten Psychose mit melancholisch-hypochondrischem oder paranoischem Charakter und Sinnestäuschungen, die aber meist für zufällige Komplikationen gehalten werden (Wollenberg, Oppenheim u. a.).

4. Intelligenz und Gedächtnis bleiben intakt, sofern sie nicht durch eine gleichzeitig bestehende senile oder arteriosklerotische Demenz alteriert werden.

Ferner werden noch sub finem auftretende psychische Erscheinungen erwähnt, die aber naturgemäß nichts Charakteristisches an sich haben, da sie eben so gut bei jeder anderen nach lang dauerndem Marasmus zum Tode führenden Erkrankung auftreten können.

Auf Grund der Durchsicht der in der Literatur erwähnten Fälle sowohl — natürlich auch der, die ich hier nur auszugsweise oder namentlich gar nicht erwähnt habe — wie auf Grund unseres eigenen Materials bin ich über den Charakter, die Häufigkeit und die Entwicklung der psychischen Störungen bei der in Frage stehenden Erkrankung zu anderer, von der herrschenden Anschauung etwas abweichender Ansicht gekommen und will versuchen, dieselbe im Nachstehenden an der Hand unserer Fälle zur Darstellung zu bringen. Die mir dazu zur Verfügung stehende Zahl von 11 Fällen — die 12 poliklinischen Beobachtungen kommen als Material in diesem Sinne wohl kaum in Betracht, da die meisten nur einmal und da kurz gesehen wurden — mag vielleicht etwas klein erscheinen, aber andererseits repräsentiert bei der wenigstens in unseren Ländern enormen Seltenheit der Paralysis agitans — Krafft-Ebing fand unter 34 000 Nervenkranken nur 77 Fälle — diese Zahl immerhin eine gewisse Summe von Beobachtungen, aus denen sich wohl, ohne leichtfertig zu erscheinen, Schlüsse ziehen lassen.

Was vorerst die Häufigkeit der psychischen Anomalien im ganzen anbelangt, so fanden sich unter den 12 poliklinischen Fällen, um auch die zu registrieren, 6, in denen, ohne dass besondere Aufmerksamkeit darauf verwendet wurde oder besonders danach gefragt wurde, entweder von Seiten der Kranken selbst oder ihrer Angehörigen die Angabe gemacht wurde, dass sie leicht aufgereggt seien, sehr gedrückter Stim-

mung seien, oder viel weinen müssten. Ueber arteriosklerotische Erscheinungen ist in diesen Fällen nichts vermerkt, so dass es sich auch bei diesen wahrscheinlich um allgemeine mit der Erkrankung einhergehende Stimmungsveränderungen handeln dürfte.

Unter den 11 klinischen Fällen sind 6, also mehr wie 50 pCt., die psychische Veränderungen, angefangen von einfachen Verstimmungen bis zu schweren Psychosen zeigten. Euphorie wurde in keinem einzigen Fall festgestellt und die übrigen boten psychisch Indifferentes, waren auch meist nur kurz in Behandlung und die von mir erhobenen Katamnesen haben leider insofern ein negatives Resultat ergeben, als die Anfragen meist unbeantwortet geblieben sind. Ich hatte folgende Fragen formuliert und gehofft, mir durch die Beantwortung derselben ein ungefähres Bild von dem jetzigen Zustand der Kranken machen zu können:

1. Wie ist die Stimmung?
2. Wie ist der Schlaf und die Nahrungsaufnahme?
3. Hat das Gedächtnis gelitten?
4. Sind Sinnestäuschungen, wenn auch nur vorübergehend, aufgetreten?
5. Sind nächtliche Angstzustände vorgekommen?
6. Sind Selbstmordideen geäussert, oder Selbstmordversuche gemacht worden?

Leider hat mich aber, wie gesagt, dieses Hilfsmittel, von dem ich Kenntnis über den weiteren Verlauf erhofft hatte, in den meisten Fällen im Stich gelassen. Bei den Fällen, die bei uns zur Entlassung kamen und die ich weiter unten erwähnen werde, bei denen ich irgendwelche Antworten erhalten habe, werde ich dieselben anführen.

Einem sehr naheliegenden Einwurf bezüglich der Häufigkeit der psychischen Erscheinungen, nämlich dem, dass es naturgemäss sei, dass in einer psychiatrischen Klinik vorwiegend Fälle derartigen Charakters zur Beobachtung kämen, möchte ich gleich dahin begegnen, dass mit einer einzigen Ausnahme alle Kranken nur wegen des körperlichen Leidens zugeführt wurden und die psychischen Störungen erst hier im Laufe der Beobachtung zur Entwicklung kamen, oder besser gesagt, bemerkt und erkannt wurden.

Die nachfolgende Kasuistik habe ich nach dem Grade der Intensität der psychischen Störungen geordnet, weil es mir, wie ich glaube, auf diese Weise am ehesten möglich sein wird, meine Auffassung und jene Anschauung zur Darstellung zu bringen, die sich mir bei der Durchsicht der Fälle, die ich im Nachstehenden auszugsweise wiedergebe, aufgedrängt hat.

Fall 1. Frau L., 67 Jahre. Aufgenommen am 12. 6. 11. Keine Heredität. Erkrankung hat im linken Arm vor 5 oder 6 Jahren angefangen. Allmählich unzufriedener geworden.

Aus dem Status: Rigidität, maskenartiger Gesichtsausdruck, Zittern beider Arme und Beine. Unbeholfene Bewegungen. Nörgelndes Wesen.

20. 6. Stets unzufrieden, werde nicht richtig behandelt, zu Hause wäre es besser, schlafe nicht, sei traurig. Die Einspritzungen (Duboisin) wären nicht gut für sie.

27. 6. Auf ihren Wunsch von den Angehörigen abgeholt.

Bei dieser Kranken, die sonst keine Intelligenz- oder Gedächtnisdefekte aufwies, finden wir, ich möchte sagen, noch in rudimentärer Form, diejenige psychische Veränderung, die fast von allen Autoren, wie schon erwähnt, als vorherrschend bezeichnet wird, und die sich auch oft dort angegeben findet, wo sonst auf psychische Anomalien kein Gewicht gelegt wird: Leichte traurige Verstimmung, Unzufriedenheit und Andeutung von Misstrauen. Etwas weiter ausgebildet finden wir diesen Symptomenkomplex in

Fall 2. Frau R., 67 Jahre. Aufgenommen am 2. 10. 05. Keine Heredität. Seit 19 Jahren Menopause. Stets gesund. Vor 2 Jahren Fall auf der Strasse auf die rechte Seite. Seitdem Schmerzen in rechter Schulter und Knie. Mai 04 begann das Zittern in der rechten Hand, seit Herbst 04 zittert auch das rechte Bein. Februar 05 nach einer Influenza begann auch der linke Arm zu zittern. Linkes Bein ist frei. Gesicht starr geworden. Steif. Viel Schmerzen. Schlechter Schlaf. Ist sehr reizbar geworden, sehr weinerlich, klagt über trübe Gedanken.

Aus dem Status wäre hervorzuheben: Hände in Schreibfederhaltung, steife Körperhaltung. Gesicht maskenartig, Sprache leise, tonlos, langsam. Zittern nimmt in Ruhe zu, bei Bewegungen ab. Kniezeichen gesteigert, Sensibilität nicht gestört. Muskelrigidität. Gang gebückt, trippelnd. Keine Propulsion, doch deutliche Retropulsion. Schwitzt viel. Psychisch: Weinerliches, unzufriedenes Wesen, unruhig, möchte gleich wieder fort, man könne ihr doch nicht helfen. Während der ganzen Dauer ihres Aufenthalts in der Klinik — am 4. 12. 05 wurde sie von den Angehörigen abgeholt — befand sie sich in dieser Stimmungslage, war mit allem unzufrieden, sehr leicht verletzt und gereizt, behauptete oft, von den Pflegerinnen schlecht behandelt worden zu sein, schief schlecht, äusserte zeitweise Beeinträchtigungsideen, die ihr gegebene Medizin sei zu scharf, die könne sie nicht vertragen, ferner, sie sei einmal von der Pflegerin nackt im Bade stehen gelassen worden, wenn das nicht gewesen wäre, hätte sie gesund werden können etc.

In diesem Falle sind die vorerwähnten Veränderungen schon etwas schärfer ausgeprägt, und wir finden hier auch schon Anfänge paranoider Beeinträchtigungsgedanken. Dass diese Stimmungen nicht bloss vorübergehender Natur gewesen sind, geht aus einem Brief der Angehörigen

hervor, die auf die entsprechende Anfrage mitteilten, dass die Patientin im Jahre 1909 gestorben sei und bis dahin dauernd in demselben Gemütszustand gewesen sei, wie sie ihn hier in der Klinik gezeigt hatte. Aus diesem Schreiben möchte ich erwähnen, dass angegeben wird, das Gedächtnis habe nicht gelitten gehabt und dass die Kranke jeden Abend gebetet habe, sie möchte den nächsten Morgen nicht mehr erleben, ein Gedankengang, der mir eher physiologisch begründet erscheint als der eines Suizids.

Fall 3. Frau A., 53 Jahre. Aufgenommen am 28. 1. 1907. Keine Heredität. Früher gesund. Vor 10 Jahren Kribbeln in den Fingern, Schmerzen. Vor 6 Jahren Zittern im rechten Arm bekommen, dann im rechten Bein. Seit 2 Jahren auch Zittern im linken Arm und Bein. Steifigkeit und Schmerzen im Rücken und Kreuz. Zeitweise incontinentia urinæ.

Aus dem Status ist hervorzuheben: Kopf nach vorn gesunken, aktive und passive Bewegungen desselben nur in geringem Umfange möglich. Gesicht maskenartig. Starker Schweißausbruch. Leichtes, ständiges Schütteln des Kopfes, besonders des Unterkiefers. Hände in Schreibfederhaltung. Dauerndes Schütteln und Zittern aller vier Extremitäten, rechts stärker wie links. In der rechten Hand Pillendrehen. Starke Muskelrigidität. Geringe grobe Kraft. Kniezeichen ++. Keine Sensibilitätsstörungen. Sprache leise, langsam, kläglicher Ton.

Psychisch: Weint viel, fühlt sich unglücklich, gedrückte Stimmung, schlechter Schlaf.

29. 1. Jammert viel, beschwert sich über alles, schimpft über alles. Spricht zeitweise durcheinander.

30. 1. Klagt über alles, schimpft, ist unzufrieden. Man wolle ihr nur eine Einspritzung machen, damit sie mit ihrem Sohn nicht sprechen könne. Man solle sofort an ihre Söhne telephonieren und telegraphieren. Verlangt nachts von der Pflegerin, dass sie die Tochter sofort hole, ruft nach ihrem Sohn, den sie vor der Türe zu hören glaubt, sagt dann zur Pflegerin, sie solle den „Baptistenkragen“ holen und sie nicht so anschauen.

31. 1. Dauernd unzufrieden, werde schlecht behandelt.

1. 2. Von den Angehörigen abgeholt.

Bei dieser Kranken treten zu den aus den vorigen Krankengeschichten schon bekannten Symptomen vorübergehend Sinnestäuschungen, wenn dieselben auch keinen breiten Raum in dem Krankheitsbilde einnehmen. Leider ist es uns nicht möglich gewesen über den weiteren Verlauf etwas in Erfahrung zu bringen, was ich umso mehr bedaure, da gerade dieser Fall mit seinem relativ jugendlichen Alter jede Annahme einer Komplikationen mit seniler oder arteriosklerotischer Demenz — wofür gar kein Anhaltspunkt vorhanden war — ausschliesst.

Ein neues Moment — das des Selbstmords — bringt die folgende Krankengeschichte.

Fall 4. Frau L., 77 Jahre. Aufgenommen am 30. 10. 03. Keine Heredität. Stets gesund. Immer schwer gearbeitet. Viel Sorgen und Kummer. Bis vor einem halben Jahr ordentlich gearbeitet. Dann begann das Zittern erst im linken Bein, dann linker Arm, dann rechtes Bein, rechter Arm. Steifer geworden. Sprache schwer geworden. Schlaf schlecht.

Aus dem Status hervorzuheben: Starre Haltung, Rigidität in den Beinen stärker als in den Armen. Ständiges Zittern, ebenfalls in den Beinen stärker. Bei aktiven Bewegungen geringer. Propulsion. Arterie leicht rigide. Kniezeichen vorhanden.

Psychisch: Weinerlich, deprimiert, unzufrieden, leicht verletzt. Keine erheblichen Intelligenz- oder Merkfähigkeitsdefekte. Völlig orientiert.

Im weiteren Verlauf der Beobachtung änderte sich das Bild wenig. Die Kranke, die nachts auf der Wachabteilung schlief, da sie des Nachts häufig Hilfe brauchte, ging tagüber in die Nähstube, fand sich im Garten gut zurecht. Sie klagte vorübergehend über Schmerzen, war meist weinerlich, hatte oft etwas auszusetzen, glaubte sich leicht zurückgesetzt, schlecht behandelt, sprach oft davon sich etwas anzutun, besonders dann, wenn sie sich zurückgesetzt oder nicht entsprechend beachtet glaubte, machte jedoch während sechs Monaten keinen Versuch. Am Morgen des 18. 5. 04 wurde sie, nachdem sie einige Tage vorher besonders weinerlich war und zu Bett geblieben war, an der Türklinke — sie schlief in einem Nebenzimmer des Wachsals — an einer Ledertasche, die sie bei sich haben durfte, erhängt aufgefunden.

Zur Erklärung dieses Selbstmordes können drei Ursachen herangezogen werden. Es könnte sich um einen sogenannten physiologischen Selbstmord handeln, um einen durch eine senile Demenz bedingten oder derselbe könnte in der durch die Paralysis agitans veränderten Gemütlage seine Ursache haben.

Um die zweite Möglichkeit, die einer senilen Demenz auszuschalten, genügt es wohl, darauf hinzuweisen, dass trotz des hohen Alters die Beobachtung keinerlei Anhaltspunkte für das Vorhandensein eines solchen ergab. Weder traten Orientierungsstörungen oder Intelligenzdefekte auf, noch waren nächtliche Angst oder Unruhe in Erscheinung getreten, so dass diese Eventualität wohl nicht anzunehmen sein wird.

Was nun die Frage des physiologischen Selbstmordes betrifft, so ist dieser kleine Versuch einer Psychopathologie der Paralysis agitans nicht der Platz, über eine Frage zu sprechen, über die seit fast einem Jahrhundert von den verschiedensten Autoren die differentesten Urteile gefällt wurden — ich nenne nur Esquirol, Gray, Falret, Krafft-Ebing, Griesinger, Viallon u. a. — d. h. es liegt mir ferne, ein Urteil über das, was physiologischer, was pathologischer Selbstmord ist, abgeben zu wollen, was sicher in vielen Fällen sehr schwer, wenn nicht unmöglich ist, da auch hier die Natur keine scharfen, sondern nur

fliessende Uebergänge kennt. Bei unserem Spezialfall — ich meine damit die bei Paralysis agitans überhaupt beobachteten Selbstmorde und ernsthaften Selbstmordversuche — liegen die Verhältnisse ja auch viel klarer und einfacher. Wir haben ja in dieser Krankheit ein zweifellos pathologisch verändertes Gehirn vor uns, wenn über die genaueren Veränderungen auch noch keine sicheren Resultate vorliegen. Das Zentralorgan, das Gehirn, ist jedenfalls in abnormer Weise verändert. Auf diese Veränderungen sind sicher auch die psychischen Abnormitäten zurückzuführen und in ihnen, bezw. dem durch sie krankhaft veränderten Gemütszustand haben wir auch meiner Ansicht nach die Ursache für die Selbstmorde zu suchen. Dass eine veränderte Gemütslage vorhanden ist, wenigstens in den meisten Fällen, ist ja allgemein anerkannt und niemand kann sagen, dass dieselbe nicht soweit gehen könne, dass das betreffende Individuum aus seiner Verstimmung heraus — sei es nun eine hypochondrische, melancholische oder eine paranoische — zur Selbstvernichtung schreitet. In seiner geistvollen Studie über den Selbstmord sagt Gaupp, dass unheilbare körperliche Leiden (z. B. Krebs, Rückenmarksleiden, schmerzhafte Gehirnerkrankungen) häufig als Ursache der freiwilligen Selbstvernichtung angegeben würden, und fährt dann wörtlich fort: „Und diese Angabe ist zweifellos richtig, wenn wir auch nicht vergessen dürfen, dass darin niemals die einzige Ursache zu suchen ist, und dass sich bisweilen der körperlichen Erkrankung ein seelisches Leiden zugesellt hat, ehe die Tat wirklich erfolgte.“ Zweifellos hat diese Anschauung gerade bei unseren Fällen Geltung, wo ja eine seelische Verstimmung schon vorliegt.

Wir haben auf der anderen Seite so viele Beispiele dafür, wie viele Hemmungen die Natur diesem letzten äussersten Schritt entgegengesetzt, dass nicht einzusehen ist, warum dieselben gerade bei Paralysis agitans-Kranken wegfallen sollten, während dies bei so vielen anderen nicht minder schwer und schmerhaft Leidenden nicht der Fall ist. Auch Mallié erwähnt diesen Gegensatz und betont die oft ganz heitere Gemütslage der Tabiker und anderer Rückenmarkskranker, die sich der Unheilbarkeit ihres Leidens völlig bewusst sind und unter ihren gastrischen Krisen und sonstigen körperlichen Symptomen doch enorm zu leiden haben. Diesen möchte ich noch die Kranken mit Karzinommetastasen, und zwar mit Beteiligung des Rückenmarks anschliessen, von denen ich zufällig eine Reihe zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Kranken sind sich fast ausnahmslos ihrer verzweifelten Lage bewusst; sie leiden qualvolle Schmerzen und doch ist bei ihnen nichts von dem Gemütszustande, den suizidalen Tendenzen zu bemerken, denen wir bei der Paralysis agitans relativ so häufig begegnen. Die Annahme der Unheil-

barkeit und die daraus entstehende Verzweiflung bei diesen Kranken scheint mir auch mehr dem zu entsprechen, was wir bei den Melancholischen mit vorwiegend hypochondrischem Charakter sehen als einer ruhigen, sachlichen Ueberlegung, deren die Kranken mit ihrem eingengten Ideenkreis, ihrem starren Festhalten an ihrer Ueberzeugung, auch kaum fähig wären. Mir scheint demnach alles in allem der Selbstmord bei diesen Kranken in ihrem psychischen krankhaften Zustand begründet zu sein. Diese meine Anschauung wird noch gestützt durch den folgenden Fall, der so ziemlich alle psychischen Symptome, die bei der Paralysis agitans vorkommen, in sich enthält und den ich, weil er auch sonst manches Interessante enthält, etwas ausführlicher wiedergeben will.

Fall 5. Frau E., 57 Jahre. Aufgenommen 20. 7. 1911.

Anamnestisch: Keine Heredität. Früher gesund. Seit Herbst 1910 krank. Klagte über Steifigkeit in den Füßen, die nach oben zog. Beide Hände, besonders die linke, zittern. Klagte über Kopfschmerzen. Seit Anfang dieses Jahres verändert. Bekam starres Gesicht. Leicht ärgerlich, eigensinnig. Im Mai d. J. stieg sie nachts aus dem Bett, machte den Gashahn auf, um sich zu vergiften. Wurde morgens bewusstlos gefunden. Erholte sich unter ärztlicher Behandlung. Gab an, sie habe ihren Kindern keine Kosten mehr machen wollen, sei unheilbar krank. Beschäftigt sich dauernd damit, sucht ständig Selbstmord zu begehen, ist ruhig und traurig. Gestern abend versuchte sie sich am Fensterkreuz aufzuhängen. Wollte aus dem Fenster springen. Gedächtnis sei gut, nie verwirrt gewesen.

Status somaticus: Mittelgross, leidlicher Ernährungszustand, schlaffe Muskulatur. Starrer Gesichtsausdruck. Pupillen mittelweit, rund, gleich. RL ++ prompt, RC ++. Augenbewegungen frei. Ophthalmoskopisch nihil. VII. symmetrisch. Zunge gerade, zittert nicht, leicht belegt. Gaumenbögen gleichmässig gehoben. Rachenreflex +. Schilddrüsenlappen rechts fühlbar. Keine artikulatorische Sprachstörung. Maskenartiger Gesichtsausdruck. Reflexe der oberen Extremität lebhaft. Dynamometer rechts = 50, links = 25. Deutliche Rigidität der Muskulatur der Arme. Leichtes Zittern der Arme und besonders der Hände. Kniephänomen lebhaft. Achillesphänomen ++. Zehen plantar. Bei Fuss-Augenschluss schwankt sie nach rückwärts. Gang vornübergebeugt, mit kleinen, trippelnden Schritten. Starke Rigidität der Beinmuskulatur. Geringe Propulsion, sehr deutliche Retropulsion. Keine Sensibilitätsstörungen. Puls 120, regelmässig, gleichmässig, mittlere Füllung und Spannung. Art. nicht rigide. Herz, Lungen, Abdomen ohne Besonderheiten.

Psychisch: Klar, örtlich und zeitlich orientiert. Unruhig, steht oft auf, klagt, dass man ihr Wollzeug weggenommen habe. Könne hier nicht bleiben, sei durch Unruhe krank geworden. Das Zittern habe links angefangen. Nun habe sie es mit dem Kopf zu tun bekommen. Hier werde es schlimmer. Der Kopf sei duselig. Sie fürchte, verrückt zu werden. Habe traurige Gedanken, werde wohl nie wieder gesund. Mache sich über alles traurige Gedanken. Habe so viele Schmerzen. Habe oft solches Angstgefühl, möchte lieber tot sein.

21. 7. Eintönig mürrisches Wesen. Klagt über ihre Steifigkeit, die immer zunehme und nie besser werde. Achtet wenig auf die Umgebung. Das Zittern ist zeitweise ganz verschwunden, tritt nur in Erscheinung, wenn man mit ihr spricht oder sie sich erregt.

24. 7. Ruhiges, stilles Wesen. Geht mit langsamen, steifen Schritten, stark vorgebeugt. Schreibfederhaltung beider Hände. Wird sie leicht nach rückwärts gezogen, so gerät sie ins Rückwärtsgehen, bis sie mit dem Rücken gegen die Wand stösst. Eintönige Sprache. Macht sich Sorgen. Deprimierte Stimmung.

.28. 7. Weinerlich, kläglich. Eintönige Klagen. Ihre Gedanken und Reden bewegen sich immer in dem einen Vorstellungskreise, sie werde hier nicht richtig behandelt, zu Hause wäre es besser.

5. 8. Klagt viel über Schmerzen im ganzen Körper. Ausserordentlich starke Rigidität der Muskeln. Das Zittern tritt nur vorübergehend auf. Muttlos.

6. 8. Nachts ängstlich und aufgereggt, eine Kranke habe sie mit dem Schuh geschlagen. Dieselbe habe auch gesagt, man komme nie mehr aus der Hölle heraus, wenn man drin sei. Fragt, ob das denn wahr sei. Das Zittern ist heute stärker wie sonst. Ängstlicher Gesichtsausdruck.

7. 8. Heute Morgen im Zimmer Suizidversuch. Suchte sich mit einem Stück Mullbinde zu erhängen. Die Binde riss. Niedergedrückt. Gibt für den Suizidversuch keine weiteren Erklärungen.

15. 8. Eintönige Klagen. Sie werde steifer, habe viel Schmerzen, könne nicht mehr gehen, wolle nach Hause. Kläglich-ängstlicher Gesichtsausdruck, maskenartige Züge. Langsame, unbeholfene Bewegungen. Auffallende Pro- und Retropulsion.

21. 8. Gestern etwas lebhafter, fast heiter, heute gedrückt. Könne das Essen nicht vertragen, ist mit allem unzufrieden, würde zu Hause besser gepflegt.

24. 8. Möchte nach Hause; hier glaube man ihr nicht, dass sie krank sei, die Pflegerinnen sagten immer: „ach was, die Alte, die ist ja gar nicht so krank, die soll sich selber helfen“. Nahrungsaufnahme ziemlich gut, ebenso der Schlaf.

30. 8. Stets dieselben eintönigen Klagen in derselben monotonen Weise vorgebracht. Für Gegenvorstellungen uneinsichtig.

7. 9. Oefters Stimmungswechsel, meist unzufriedene Klagen über unrichtige Behandlung.

18. 9. Erzählt, sie habe sich einmal, wie sie noch im Einzelzimmer war, in einem unbeobachteten Moment mit einer Bierflasche, in der die Tochter ihr Milch gebracht hatte, auf den Kopf geschlagen, habe gemeint, sie könne sich den Schädel damit einschlagen. Wenn sie das nicht getan hätte, wäre sie nicht so krank geworden, sei selbst an dem Unglück schuld. Jammert darüber, lässt sich das nicht ausreden. Steht tagsüber auf, geht weit vornübergebeugt, tripelnd umher. In ihren Aeusserungen kehrt stets derselbe engbegrenzte Gedankenkreis wieder. Die hypochondrischen Klagen gehen weit über den objektiven Befund hinaus. Macht äusserlich durch das starre Gesicht einen etwas

dementen Eindruck, zeigt aber ausgesprochen depressiven Affekt, leicht zu Nörgeleien geneigt.

22. 9. Seit gestern unruhiger und erregter. Sagt immer, wenn sie das mit der Bierflasche nicht getan hätte, wäre sie schon zu Hause. Sie habe ihr Gedächtnis und ihre Nerven zerschlagen. Nun könne es nie mehr besser werden, das wisse sie bestimmt. Kommt nachts dauernd aus dem Bett, jammert: „Mein Kopf, mein Kopf, den habe ich nun ganz zerstört“.

27. 9. Wieder ruhiger. Rechnet gut, auch sonstige Intelligenzprüfung ergibt mittelgutes Resultat. Merkfähigkeit herabgesetzt. Mangelnde Konzentrationsfähigkeit. Kommt immer dazwischen mit ihren Klagen.

3. 10. Wenig Veränderung, vielleicht etwas freier.

12. 10. Wurde gestern Vormittag auf Wunsch der Angehörigen für mehrere Stunden beurlaubt, um nach Hause zu gehen. Kam nicht zurück, sondern wird heute Nachmittag zufällig von 2 Pflegerinnen in der Nähe der Klinik gefunden in ziemlich herabgekommenem Zustande, umringt von spottenden Kindern und in die Klinik zurückgebracht. Sie gibt an — was sich mit den Angaben der Tochter, soweit dieselbe dabei war, deckt — dass sie gestern Mittag mit eben dieser Tochter zur Sparkasse gegangen sei, um Geld zu beheben. Nachdem sie unterschrieben gehabt hätte, wäre sie von dem Warten so unruhig geworden, dass sie sich nicht mehr halten können, und angefangen habe, immer in dem Zimmer rundum zu laufen. Dadurch seien die Leute auf sie aufmerksam geworden; die Tochter habe sie hinausgeschickt, sie solle draussen warten. Draussen habe sie plötzlich eine solche Unruhe gepackt, dass sie einfach planlos fortgelaufen sei. Sie sei in Kiel umhergeirrt, die ganze Nacht hindurch und auch heute noch. Manchmal habe sie sich irgendwo etwas hingesetzt, um sich auszuruhen. Dann habe sie aber gleich wieder eine schreckliche Unruhe gepackt und sie sei wieder weiter gelaufen. Wohl habe sie sich nur beim Gehen gefühlt trotz ihrer Ermüdung. Sie habe wieder in die Klinik zurückwollen und habe auch oft gefragt, da sie den Weg habe nicht finden können. Ist froh wieder hier zu sein. Abends Temperatursteigerung auf 38,6. Kein objektiver Befund.

13. 10. Fieberfrei, hat sich wieder erholt. Bietet wieder dasselbe Bild wie früher.

23. 10. Sowohl im körperlichen wie im psychischen Zustande keine Veränderung.

1. 11. Spricht dauernd in monotonem Tonfall von ihrer Krankheit und der früheren und jetzigen Behandlung. Deprimiert. Weint oft.

8. 11. Spricht auch zu anderen Kranken nur von ihrer Krankheit. Könne nie besser werden. Läuft viel umher.

23. 11. Stöhnt und jammert viel. Viel hypochondrische Ideen, könne nicht mehr gehen und stehen, der Kopf sei kaputt. Verlangt nach Hause. Aeussert oft Suizidideen. Mit der Behandlung meist unzufrieden.

7. 12. Keine Ruhe. Läuft, wenn sie auf ist, fast ständig herum. Körperlich und psychisch unverändert.

15. 12. Hat sich in der letzten Nacht mit ihrer Nachtjacke zu erdrosseln

versucht. Am Halse frischer, roter, schmaler, ziemlich tiefer Strangulationsstreifen. Habe es nicht aushalten können.

21. 12. Aeussert in ängstlich erregter Weise paranoische Beeinträchtigungsideen. Eine Kranke habe von ihr gesagt, sie habe einmal eine schlechte Krankheit gehabt. Beteuert unter Tränen, es sei nicht wahr, sie habe ausser mit ihrem Manne nie sexuellen Verkehr gehabt. Dabei fällt auf, dass in diesen Momenten gesteigerter Erregung der Tremor, der sonst oft gar nicht zu bemerken ist, einen erheblich höheren Grad annimmt. Lässt sich nicht darüber beruhigen.

3. 1. 1912. Körperlich und psychisch unverändert. Zur weiteren Versorgung in eine Provinzialanstalt überführt.

Therapeutisch wurden die üblichen Medikamente angewandt: Skopolamin in Pillen und Injektionen, Duboisin, Adalin, Opium und Pantopon. Morphin wurde bis jetzt noch vermieden.

In dieser Beobachtung, die gewissermassen wie auf einer Musterkarte sämtliche psychischen Abweichungen zeigt, die bei unserer Erkrankung vorzukommen pflegen und die deshalb schon sehr instruktiv ist, ist noch ein sehr interessantes Moment enthalten, das ist das — anlässlich ihres Urlaubs — eingetretene unaufhaltsame Fortlaufen, mit dem bestimmten Wunsche, doch wieder in die Klinik zurückzukommen. Auffallend ist daran, dass die Kranke angibt, sie habe bei den durch ihre Müdigkeit bedingten Unterbrechungen sofort Unruhe empfunden, die sich sofort gelegt habe, als sie wieder zu laufen angefangen habe, ähnlich wie wir es bei Zwangsvorstellungskranken finden, die nach Durchführung der zwangsmässigen Handlung eine Art Befreiungsgefühl empfinden, so dass die ganze Handlung den Charakter einer solchen erhält. Da ja auch sonst manchen Elementen in der Paralysis agitans etwas Zwangsvorstellungsmässiges anhaftet, so z. B. der Behinderung beim Anfangen des Gehens (Oppenheim), so könnte man wohl auch diese Erscheinung in diese Kategorie einreihen. Auffallend ist mir, dass dieselbe sonst gar nicht in Erscheinung getreten ist. Vielleicht handelt es sich auch um eine Kombination mit einer ins Grosse gewachsenen Propulsion, die allein die Sache nicht erklären könnte, da ja sonst nicht ersichtlich wäre, warum die Kranke, einmal zur Ruhe gekommen, nicht damit zufrieden ist und weiter drängt. Auffallend ist auch, dass sie in einem unbestimmten Gefühl des Schutzsuchens nach der Klinik zurück will, aus der sie sonst fordrängt und dass sie die dazu reichlich vorhandene Gelegenheit zur Ausführung eines Selbstmordes nicht wahrnimmt, während ihre Versuche vor Aufnahme in die Klinik sowohl wie in derselben einen absolut ernsthaften Charakter getragen haben.

Abgesehen aber von diesen in einem zufälligen Intermezzo aufgetretenen Symptomen enthält dieser Krankheitsverlauf, wie aus dem aus-

zugsweise Mitgeteilten erhellt, sämtliche Symptome, die auch schon in den früheren Fällen hervorgehoben sind, von der einfachen Depression und Unzufriedenheit angefangen bis zu paranoischen Umdeutungen, wohl auch vereinzelten Sinnestäuschungen, obwohl dieselben nie einwandfrei nachzuweisen waren, und Selbstmordversuchen. Und doch erscheint mir, was, wie ich hoffe, aus den voranstehenden Mitteilungen und Erläuterungen deutlich hervorgeht, dieser Fall nicht generell, sondern nur quantitativ von den vorhergehenden sich zu unterscheiden, d. h. er bietet nur eine Steigerung, einen Ausbau, der auch schon in den vorhergehenden Beobachtungen vorhandenen Symptome. Nur die Intensität und die Häufung derselben unterscheidet ihn von den anderen. Es liesse sich denken, dass all die anderen Fälle — von dem durch Suizid beendeten natürlich abgesehen — in ihrem weiteren Verlaufe sich dem letzten mehr oder weniger näherten. Und darauf kam es mir an: zu zeigen, dass zwischen der fast allgemein anerkannten eigenartigen Gemütslage der Paralysis agitans-Kranken und den bei ihnen manchmal beobachteten psychischen Störungen keine grosse Kluft bestehe, dass nicht, wie fast allgemein angenommen wird, das eine dazugehöre, das andere eine zufällige Komplikation sei, sondern dass die erheblicheren Störungen sich naturgemäß, logischerweise aus den einfachen Elementarsymptomen entwickeln können und auch tatsächlich entwickeln, dass es sich nur um Unterschiede des Grades und nicht des Wesens handle, ebenso wie eine hypomanische Zustand sich von einer heftigen manischen Erregung nur durch den Grad der Entwicklung unterscheidet und im letzten Sinne wesensgleich, daher auch gleich zu bewerten und zu beurteilen ist.

Nebenbei möchte ich noch erwähnen, dass sich unter unseren Fällen einer mit einem sich sub finem vitae entwickelnden Delirium befindet und einer, bei dem sich Anzeichen einer senilen Demenz finden, die ich, da es sich bei denselben sicher um Komplikationen, wenn auch vielleicht häufigen, so doch zufälligen, handelt, aus dem Rahmen meiner Beobachtungen weggelassen habe. Natürlich kann einmal durch eine senile Demenz die, wie mir scheint, der Paralysis agitans eigene psychische Veränderung verwischt oder verdeckt werden.

Auch die Pathogenese und die pathologische Anatomie der Paralysis agitans, so viel oder so wenig wir von ihr wissen, gibt keinen Anlass, meine Annahme als unwahrscheinlich erscheinen zu lassen. Im Gegenteil, sie scheint mir die Anschauung, die jetzt wohl allgemeine Gültigkeit erlangt hat, dass es sich um ein zerebrales Leiden handelt, nur zu unterstützen. Nachdem die Auffassung einer muskulären Erkrankung (Schwenn) oder einer Intoxikation (Eulenburg, Catola u. a.) und schliesslich einer Blutdrüsenerkrankung (Frenkel, Möbius, Alquier u. a.) mehr und

mehr fallen gelassen wurde, neigt man zu der Anschauung, die auch aus den letzten zusammenfassenden Arbeiten von Mendel, Forster und Lewy hervorgeht, zu der Annahme von multiplen kleinen Herden im Grosshirn, und zwar vorwiegend im Gebiete der Kleinhirnsysteme, also zentrale Ganglien, Hirnstamm, Thalamus opticus, Nucleus ruber, Nucleus caudatus, Bindegang und Hirnschenkel (Forster). Auch Zingerle führt die Stimmungsanomalien und Affektschwankungen als Unterstützung seiner Annahme dafür an, dass den Thalamuskernen in der Pathologie der Paralysis agitans eine bedeutende Rolle zufiele. Es kann auch nicht auffallend erscheinen, dass in dem einen oder andern Fall die psychischen Anomalien nur wenig oder gar nicht ausgeprägt erscheinen, denn ebenso wie es rudimentäre Formen (Formes frustes) ohne Rigidität oder ohne Tremor oder Propulsion gibt, so kann naturgemäß auch einmal die Lokalisation so sein, dass die Psyche nur wenig oder gar nicht tangiert wird. Ebenso lassen sich durch Annahme einer andersartigen Lokalisation die seltenen, von manchen Autoren (Wollenberg, Mendel) angeführten als pathologisch anzusehenden Stimmungsveränderungen im Sinne einer Euphorie erklären. Der Anschauung Mendels, dass die Frage des Zusammenhangs der Paralysis agitans mit den beschriebenen Psychosen so lange nicht beantwortet werden könne, solange wir keine sicheren Kenntnisse über pathologische Anatomie und Pathogenese der Schüttellähmung einerseits, der funktionellen Psychosen andererseits hätten, kann ich nicht beistimmen, da, wie er ja selbst betont, dem Leiden unzweifelhaft anatomische Läsionen zugrunde liegen und ein Uebergreifen derselben etwa auf die Grosshirnrinde sicher nicht im Bereich der Unmöglichkeit liegt, um so mehr als auch schon zahlreiche, allerdings nicht eindeutige Veränderungen in derselben gefunden wurden. In ähnlicher Weise äussert sich Markeloff dahin, dass die häufig beobachteten psychischen Störungen ebenso wie seine Beobachtungen anderer Art für einen zentralen Prozess mit ziemlich hoher Lokalisation sprächen.

Ich möchte also meine Anschauung von der Psychopathologie der Paralysis agitans dahin zusammenfassen:

1. Zur Symptomatologie derselben gehört in sehr vielen Fällen eine abnorme Stimmungslage, meist im Sinne einer hypochondrischen Depression mit Neigung zu Reizbarkeit und Beeinträchtigungsvorstellungen, in seltenen Fällen im Sinne einer Euphorie.

2. In manchen Fällen steigern sich diese ersterwähnten Stimmungsanomalien bis zur Ausbildung einer echten Psychose entweder hypochondrisch-melancholischen oder paranoidischen Charakters resp. zu einer

aus beiden Elementen zusammengesetzten Psychose, mit einzelnen Sinnes-täuschungen und Selbstmordneigung.

3. Als häufigere Kombination rein äusserlichen Charakters kommen Dementia senilis oder arteriosclerotica resp. sub finem vitae auftretende Delirien in Betracht.

Zum Schlusse möchte ich nicht verfehlen auch an dieser Stelle meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrat Siemerling, für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit, die Ueberlassung der Krankengeschichten, sowie die vielseitige liebenswürdige Unterstützung meinen allerbesten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Alquier, Pathogénie de la maladie de Parkinson. Gaz. des hôpital. 1903. No. 68 et 71.
2. Derselbe, Recherches cliniques et anat.-pathol. sur la maladie de Parkinson. Ebenda. 1904. No. 64.
3. Ball, Insanité des paral. agit. Encéphale. 1882.
4. Béchet, Etude clinique des formes de la maladie de Parkinson. Thèse de Paris. 1892.
5. Bourilhet, Maladie de Parkinson survenue chez une démente épileptique. Gaz. des hôpital. 1908. No. 2.
6. Bychowski, Beiträge zur Nosographie der Parkinsonschen Krankheit. Arch. f. Psych. Bd. 30. S. 722.
7. Catola, Quelques considérations sur certains symptomes de la maladie de Parkinson. Revue de médecine. 1905. No. 6.
8. Derselbe, Contributo allo studio dell' anat. patol. della malattia di Parkinson. Riv. di Pat. nerv. XI. 1906.
9. Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux. 1888.
10. Collomb, Des troubles intellectuels dans la maladie de Parkinson. Thèse de Bordeaux. 1905.
11. Compain, Etude clinique de formes anormales de la maladie de Parkinson. Thèse de Lyon. 1902.
12. Erb, Paralysis agitans. Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts. 1901.
13. Esquirol, Traité des maladies mentales. p. 665.
14. Eulenburg, Paralysis agitans. Ziemssens spezielle Pathol. u. Therapie. 1878. Bd. 12.
15. Derselbe, Paralysis agitans. Eulenburgs Realenzyklopädie der ges. Heilkunde. 1898. Bd. 18.
16. Falret, De l'hypochondrie et du suicide. 1822.

17. Forster, Paralysis agitans. Handbuch der Neurologie, herausgegeben von Lewandowsky. 3. Bd. 1912.
18. Frenkel (Heiden), Die Veränderungen der Haut bei Paralysis agitans. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 14. 1899.
19. Fürstner, Ueber multiple Sklerose und Paralysis agitans. Arch. f. Psych. Bd. 30. H. 1.
20. Gaupp, Ueber den Selbstmord. München 1905.
21. Gilli, Etude sur le syndrome de Parkinson. Thèse de Paris. 1900.
22. v. Gorski, Ein Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie und Symptomatologie der Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Berlin 1899.
23. Gray, American journal of insanity. 1878.
24. Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861. S. 256.
25. Hecker, Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. (Sitzungsbericht.) Neurol. Zentralbl. 1906. S. 1071.
26. Klieneberger, Beitrag zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Monatsschr. f. Psych. 1908. Bd. 23. H. 1. S. 27.
27. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl. Stuttgart 1893.
28. Lundborg, Ein Fall von Paralysis agitans, mit verschiedenen Myxödem-symptomen kombiniert. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 19.
29. Mallié, Les troubles psychiques chez les parkinsoniens. Thèse de Bordeaux. 1909.
30. Marie, A., Maladie de Parkinson avec démence et cécité corticale. Revue de psych. 1909. Bd. 13.
31. Markeloff, Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Neurol. Zentralbl. 1909. Nr. 22. S. 1202.
32. Mendel, Paralysis agitans. (Monographie.) Verlag S. Karger, Berlin 1911.
33. Moebius, Basedow und Paralysis agitans. Memorabilien. 1883. H. 3.
34. Oppenheim, Zur Diagnose, Prognose und Therapie der Paralysis agitans. Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 43.
35. Derselbe, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 5. Aufl. Berlin 1908.
36. Parant, La paralysie agitante examinée comme cause de folie. Annales méd.-psychol. 1883.
37. Punton, Paralysis agitans complicated with delusional mania. The Kansas-City Medical index. Lancet. 1903.
38. Régis, Précis de psychiatrie. 1906. p. 783.
39. Roger, Revue de médecine. 1885.
40. Schmid, Paralysis agitans nach Trauma. Monatsschr.f. Unfallheilk. 1904. Nr. 2. S. 55.
41. Schwenn, Ein Beitrag zur Pathogenese der Paralysis agitans. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 70. 1901.
42. Séglas et Logre, Délire hypocondriaque, torticulis mental, tics multiples. Aspect parkinsonien. Revue neurologique. 1911. No. 1.
43. Siehr, Zwei Fälle von Paralysis agitans in jugendlichem Alter. Inaug.-Diss. Königsberg 1899.

44. Siemerling, Paralysis agitans. Krankheiten des Greisenalters.
45. Steindl, Die nervösen und psychischen Störungen bei Paralysis agitans. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. 1904. S. 401.
46. Stempa, Trauma und Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Berlin 1898.
47. Terrien, Respiration de Cheyne-Stokes pendant 5 mois chez un parkinsonien à crises d'angine de poitrine et à hallucinations. Le progrès médical 1903. No. 12. p. 201.
48. Viallon, Suicide et folie. Annales médico-psychologiques. 1902. Tome I.
49. Wille, Société de méd. de Bâle. 1888.
50. Wollenberg, Paralysis agitans. Nothnagels Handbuch. 1899.
51. Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie. 1908.
52. Zingerle, Ueber Paralysis agitans. Journal f. Psychologie u. Neurologie. 1909. Bd. 14. S. 81.