

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg, Pr. [Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Meyer].)

Zur Differentialdiagnose der multiplen Sklerose.

Von

Dr. Gertrud Wieberneit,
Assistenzarzt der Klinik.

(Eingegangen am 1. Juni 1924.)

Bei der Untersuchung Nervenkranker ist die Hauptfrage, handelt es sich um organische oder um psychogene Störungen. Selbst bei noch so sehr als funktionell imponierenden Störungen darf man nur per exclusionem zur Diagnose psychogen kommen. Es wäre falsch, wollte man es mit *Songues* halten, der hervorhebt: Il faut toujours songer à l'hystérie, car l'hystérie est toujours imminente, solitaire ou associée! Vielmehr hat *Pierre* recht, wenn er sagt: Timor hysteriae initium sapientiae. Man handelt sicher vom praktischen Standpunkt aus richtiger, wenn man auch bei einem anscheinend typisch hysterischen Symptomenkomplex und namentlich bei solchen funktionellen Zuständen, die durch polymorphen und flüchtigen Charakter ihrer motorischen und sensiblen Erscheinungen sich auszeichnen, zuerst und immer wieder an die Möglichkeit einer organischen Grundlage denkt. Insbesondere ist es die multiple Sklerose, die oft als hysterisch imponiert und bei Außerachtlassung der eben betrachteten Grundsätze Anlaß zu Fehldiagnosen geben kann. So kann gerade ihre Eigenart, so oft in rudimentärer und atypischer Form aufzutreten, wie es *Bing* in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten betont, zu Verwechslungen mit anderen Nervenkrankheiten führen und besonders in den Frühstadien, wenn noch die Hautreflexe normal sind und noch keine Spastizität von deutlich organischem Charakter und keine Augenercheinungen bestehen, selbst geübte Beobachter die Fehldiagnose Hysterie stellen lassen. *Müller* sagt in seinem Buch über die multiple Sklerose, daß in Deutschland weitaus häufiger eine multiple Sklerose besonders im Beginn für eine Hysterie angesehen wird als umgekehrt. *Oppenheim* stellt auf Grund seiner Erfahrungen die Tatsache fest, daß ungemein häufig die multiple Sklerose irrtümlich für Hysterie gehalten wird. Ebenso weisen *Schlesinger* und *Redlich* besonders eindringlich auf die Häufigkeit der Verwechslungen zwischen beiden Krankheiten hin.

Weit seltener ist es, daß hysterische Störungen als organisch gedeutet werden. Um so bemerkenswerter sind zwei Fälle, die an der hiesigen Klinik kurz hintereinander beobachtet wurden, die sich hier als rein psychogen herausstellten, während vorher Jahre hindurch von verschiedenen Begutachtern irrtümlich die Diagnose multiple Sklerose angenommen war. Von ihnen möchte ich im folgenden berichten.

Im ersten Falle handelte es sich um einen jetzt 44jährigen Besitzer, früheren Musketier S., der am 6. III. 1923 zur poliklinischen Begutachtung kam. Aus seinen Akten ging folgendes hervor: Er war am 11. X. 1899 eingezogen. Am 19. I. 1900 zeigte sich eine Entzündung des Bandapparates am linken Fuß. Seitdem klagte S. immer wieder über Schmerzen in beiden Beinen und meldete sich wiederholt krank, ohne daß ein Krankheitsbefund erhoben werden konnte. Nach Mitteilung seiner Kompagnie hatte S. sich bereits bei der ersten Ausbildung ungeschickt benommen, besonders schien das Marschieren ihm große Schwierigkeiten zu machen. Er war wiederholt im Lazarett wegen Marschödem der Beine und zur Beobachtung wegen der von ihm behaupteten Beinschmerzen.

Am 25. VIII. 1900 wurde er kommissarisch begutachtet. Er klagte über Schmerzen in beiden Schienbeinen und Kniegelenken beim Gehen und längerem Stehen, die so stark seien, daß er sich nur mühsam und langsam auf kurzen Strecken weiterbewegen könne. Der Gesichtsausdruck war mürrisch, die Körperhaltung schlaff. S. stand fast stets mit gebeugten Knien, ging meist hinkend, besonders links, setzte das linke Bein beim Gehen nach der Seite, verlegte das Körpergewicht auf die linke Seite, ging wegen angeblich zu großer Schmerzen nicht in Kniebeuge. Die Wirbelsäule zeigte eine leichte Abbiegung nach links. Es bestand leichtes Schwanken und Zittern der Hände beim Fußaugenschluß. Tricepsreflex erhöht. Patellar-klonus sehr ausgesprochen, Fußklonus angedeutet, die Bauchdeckenreflexe gesteigert. (!) Bei seitlicher Blickrichtung trat grobschlägiges Augenzittern auf. „Die elektrische Erregbarkeit der Beinmuskulatur war erhöht, derart, daß S., als er nach beendigter Untersuchung aufstehen wollte, zu Boden fiel und große Erregung zeigte.“

Es wurde beginnende multiple Sklerose angenommen, die zwar schon vor dem Diensteintritt bestanden, sich aber durch diesen verschlimmert habe, S. für ganz-invalide angesprochen. Nachuntersuchungen (15. VII. 1902, 17. VIII. und 29. IX. 1904) ergaben keine Änderung, während eine am 11. VII. 1904 stattgefundene Untersuchung alle Erscheinungen als augenscheinlich willkürlich vorgetäuscht bezeichnet hatte. Bei der Untersuchung am 29. IX. 1904 wurde Simulation ausgeschlossen. Es bestanden Spasmen, Erhöhung der Arm- und Patellarreflexe, nicht der Achilles-reflexe, Fehlen der Bauchdecken- und Hodenreflexe, Nystagmus und Romberg.

1906 wurde keine Änderung gefunden, ebensowenig 1907.

1909 wurde das Leiden des S. „in der Hauptsache für Neurasthenie, bedingt durch sklerotische Veränderungen in den Nervenstämmen und Blutgefäßen“ (!?) gehalten. Das militärärztliche Zeugnis vom Juli 1909 ergab keine Änderung.

Nach Erhebungen vom Oktober 1922 erhält die Familie des S. sich auf dem Grundstück gut und hat eine Einnahme von 100 000 Mark.

Erst am 26. X. 1922 wurde S. wiederum ärztlich begutachtet. Das linke Bein wurde etwas nachgezogen, angeblich wegen Schmerzen. Die Sehnenreflexe, insbesondere die Kniestreflexe waren gesteigert, der Muskelklonus erhöht, Romberg angedeutet, vielleicht leichte Ataxie und endlich Nystagmus. Die Erwerbsminde rung wurde auf höchstens 40 % geschätzt, nervenfachärztliche Begutachtung empfohlen.

S. klagte bei der Untersuchung in der hiesigen Klinik am 6. III. 1923 über dauernde Schmerzen in beiden Unterschenkeln, besonders links, sowie in der ganzen linken Seite und auch im Gesicht.

Alle diese Beschwerden beständen angeblich aus der aktiven Dienstzeit 1899 und werden von S. auf Erkältung zurückgeführt, er beziehe deshalb 100% Rente. Unabhängig von diesem Leiden, das er als Rheumatismus bezeichnet, habe er dauernd Schmerzen im Kreuz und Nierensteinkoliken, an denen er seit Juli 1908 leide. Endlich habe er vor zwei Jahren eine Blinddarmoperation durchgemacht, von der ein Darmbruch zurückgeblieben sei.

Andere Klagen werden auch auf Fragen nicht vorgebracht, andere Krankheiten, auch Geschlechtskrankheiten negiert. Er rauche und trinke nicht. Nach der Entlassung vom Militär habe er auf dem väterlichen Besitztum (33 Morgen) geholfen, die Knechte beaufsichtigt, die Pferde gefüttert und leichte Arbeiten gemacht. Sei seit 1907 verheiratet, habe 4 Kinder im Alter von 4–14 Jahren. Seit seiner Verheiratung sei er selbständiger Besitzer (15 Morgen), vor 3 Jahren habe er 13 Morgen dazugekauft. Er beaufsichtige im Sommer seine Leute und mache leichte Arbeiten, im Winter habe er keine Leute, mache alles selbst mit seiner Familie, flechte auch Körbe.

S. ist ein kleiner Mann in gutem Ernährungszustand mit sehr gut entwickelter Muskulatur und gehörigem Fettpolster. Degenerierte Schädel- und Gesichtsbildung, zahlreiche Degenerationszeichen und Asymmetrien: Stark geschweifte, buschige, in der Mitte zusammengewachsene Augenbrauen. Rechtes Auge und Ohr höher stehend als links. Beiderseits Ptosis, links mehr als rechts, dabei linke Pupille Spur weiter als rechts. Ohren groß, different, angewachsene langfleischige Ohrläppchen, Schultern herabhängend, die linke mehr als die rechte. Sehr starke Behaarung am ganzen Körper, Arbeitshände, Schwienbildung in beiden Handflächen. Ausgedehnte Blinddarmnarbe rechts. Gesichtsausdruck betont leidend, betont schlaffe Haltung.

Innere Organe ohne krankhaften Befund, keine Steigerung der Herzaktivität oder Herzerregbarkeit. Mäßig lebhafte muskuläre, keine gesteigerte sekretorische oder vasomotorische Erregbarkeit. Nirgends besondere Druckempfindlichkeit.

Bei seitlicher Blickrichtung schnellschlägige, nystagmische Zuckungen. Im übrigen funktionieren die Hirnnerven normal. Die Zunge ist weißlich belegt, zeigt seitliche Zahneindrücke.

Die Schleimhautreflexe sind schwach, die Triceps-, Periost- und Achillesreflexe lebhaft. Bei Prüfung der Patellarsehnenreflexe kommt es zu einem funktionalen Klonus. Sensibilität ungestört.

Passiver Bewegung der Beine setzt S. lebhaften Widerstand entgegen, der sich zeitweise kaum überwinden lässt, bei Ablenkung nicht vorhanden ist. Im Liegen hebt er die Beine (Heben, Kniehakenversuch) unter demonstrativen Zeichen der Anspannung langsam und nur ruckweise, atmet dabei beschleunigt in durchaus demonstrativer gekünstelter Weise.

Bei der Kraftprüfung innerviert S. immer wieder nicht seiner Muskelentwicklung entsprechend, macht kraftvolle Gegeninnervation. Beim Gehen stützt er sich vorwiegend auf das rechte Bein, hält das linke im Kniegelenk gekrümmmt, um es bei abgelenkter Aufmerksamkeit gelegentlich gut wie im rechten durchzudrücken. Der Gang ist hinkend, das linke Bein schonend. Die Beinmuskulatur ist wie die übrige Muskulatur kräftig entwickelt und beiderseits gleich, die Schwienbildung der Fußsohlen beiderseits gleich ausgebildet.

Kältezittern während der Untersuchung besonders der Oberschenkel. Kein Zittern der gespreizten Finger, mäßiges Zittern der Zunge. Bei Fußaugenschluß Andeutung von Lidflattern und funktionellem Schwanken, das bei Ablenkung für längere Zeit vollkommen verschwindet.

Während der Untersuchung immer wieder trockenes Aufhusten, das verschwindet, wenn S. sich unbeobachtet glaubt. Unmittelbar nach dem Ausziehen nahm das Hüsteln stark zu, dabei hielt sich S. demonstrativ die Gegend der Blinddarmoperationsnarbe. Nach energischem Vorhalt hört das Hüsteln auf, bleibt dann ganz aus bis zum Schluß der Untersuchung. Es fiel weiter auf, daß S. immer wieder reaktiv-demonstrativ zu atmen anfing, bei Ablenkung aber regelmäßig atmerte.

Psychisch, abgesehen von der ungewöhnlich hochgradigen Neigung zum Übertrieben, Aggravieren und Demonstrieren unauffällig.

Im 2. Falle handelt es sich um den jetzt 31jährigen Fleischergesellen Albert D.

Nach dem Kriegsstammrollenauszug wurde D. am 14. III. 1913 zum Heeresdienste eingezogen, war vom 1. VIII. bis 1. XII. 1914 im Felde. Erkrankte am 1. XII. 1914. Laz.-Kr.-S.-Stelle Sierodz. War vom 2. XII. 1914—20. III. 1915 im Res.-Laz. Ingolstadt, vom 23. III.—12. V. 1915 im Festungshilfslaz. Königsberg, vom 13. V. 1914—XII. 1915 im Res.-Laz. Allenstein, vom 15. XII. 1915—23. II. 1916 im Res.-Laz. Braunsberg. Die Krankenblätter von Ingolstadt und Königsberg fehlen bei den Akten. Als Krankheitsbezeichnung steht im Stammrollenauszug Gelbsucht. Die Krankheitsbezeichnung der Lazarett Allenstein und Braunsberg lautete: Rückenmarksleiden (Multiple Sklerose), Kleinhirnbrückenwinkel (?).

Bei der Aufnahme am 13. V. 1915 bestand spastische Parese der unteren Extremitäten, Intentionstremor, Bauchdeckenreflex fehlt beiderseits. Patellar- und Achillesreflexe sehr gesteigert. Beiderseits Fußklonus. Urinretention. Andeutung von Nystagmus. Öfters Zusammenzucken des ganzen Körpers. Wahrscheinlich multiple Sklerose des Rückenmarks. 21. V. Ein Versuch, Pat. im Lehnstuhl sitzen zu lassen, mißlang. Muß dauernd liegen. Harnentleerung erschwert. 24. V. Pupillen gleich, reagieren auf Licht, jedoch keine maximale Verengung. Horizontaler Nystagmus manchmal deutlich, manchmal nicht vorhanden. Das Intentionszittern hat deutlich zugenommen. In Armen und Beinen ist es so, daß es Pat. hilflos macht. Ist außerstande, sich im Bett aufzurichten. Gerät bei solchen Versuchen in derartiges Schwanken bis Zittern, daß er nach Rückkehr in die horizontale Lage noch lange weiter zittert und zuckt. Die den ganzen Körper blitzartig bewegenden Zuckungen dauern fort. In den letzten Tagen ist der Kopf in fortwährender wackelnder Zitterbewegung. Starke Spasmen besonders in den Beinen, daneben ausgesprochene motorische Schwäche. Stehen unmöglich.

Bauchdeckenreflex fehlt rechts fast völlig, links vorhanden. Sprache sehr erschwert. Pat. meidet das Sprechen möglichst, bringt alles nur stoß- und absatzweise hervor. Cremasterreflex rechts lebhaft, links fehlend. Patellarreflex beiderseits mehrschlägig, Achillesreflex desgleichen. Starker Fußklonus. Zehenreflex links dorsal-, rechts plantarwärts. Wegen schwerer, offensichtlich rasch progredienter mult. Sklerose wird das D.-U.-Verfahren eingeleitet.

11. VI. 1915. Noch immer Stuhl- und Urinbeschwerden. Blasenkrampf, läßt sich durch Wärme bekämpfen. Bisher konnte Nystagmus nicht beobachtet werden. Augen- und Larynxbefund völlig regelrecht. Es bestehen zur Zeit 1. schwere Sprachstörungen (oft explosives Anlaufen, Stammeln. Erhaltenes Sprachverständnis. Keine Störungen der Wortwahl, keine eigentlichen artikulatorischen Störungen), 2. Aufhebung bzw. Herabsetzung des Cornealreflexes links; 3. universeller, sehr grobschlägiger Tremor (Beine, Arme, Kopf). Bei Bewegungen zunehmend. Armbewegungen gänzlich zielunsicher. Nach Anstrengungen auch in Ruhelage Tremor. 4. Cyanose und leichte Hautschwellungen beider Hände, weniger deutlich der Füße;

5. spastische Blasenlähmung, Darmschwäche ohne Inkontinenz; 6. Herabsetzung der Bauchdeckenreflexe, links oft mehr als rechts; 7. Unfähigkeit zu Gehen und zu Stehen. Pat. klagt bereits im Sitzen über Schwindel, macht sich im Rücken steif, kommt nur mit Nachhilfe in sitzende Stellung, sitzt auf beide Arme gestützt, dabei Schwanken des Oberkörpers. In stehende Stellung gebracht, werden die Beine gänzlich plan- und ziellos umhergeworfen, der Schwerpunkt des Körpers hinter die Unterstützungsfläche gelegt, das Kreuz gespannt. Mit Unterstützungen und richtiger statischer Einstellung Stehen augenblicksweise möglich, dabei starke Pupillenerweiterung und Überkeit. In liegender Stellung grobe Kraft ausreichend; 8. leichte und scharf abgegrenzte Empfindungsstörungen aller Qualitäten beider Hände. 9. blitzartiges Zusammenzucken im Sinne plötzlichen Aufrichtens spontan im Liegen, Sitzen und Stehen. Spasmen nicht sicher. Kein Zeichen von Pyramidenbahnläsion. Erschöpfbarer Knie- und Fußklonus. Sonstiger neurologischer Befund regelrecht.

2. VII. Hat nachts das Bett verlassen, seine Bewegungen sollen fast zitterfrei gewesen sein.

25. VII. Zunge Spur nach rechts, Seitenbewegungen o. B. Rumpfaufrichten gelingt nicht ohne Arme. Zwischenfingerräume besonders rechts eingesunken. Leichte Parese des rechten Armes. Beide Arme grob ataktisch. Zittern. Keine sicheren Sensibilitätsstörungen. Obere Bauchdeckenreflexe 0, untere +. Kniestreflexe beiderseits sehr lebhaft. Kein Fußklonus, kein Babinski. Leichte Gefühlsstörungen am rechten Fuß. Tiefensensibilität frei.

28. X. Deutliche Rückbildung der Erscheinungen. Pat. kann mit Unterstützung gehen, zeigt allerdings noch grobe Ataxie. Sprache noch etwas skandierend. Hirnnerven I, II, III, IV, VI o. B. V₂ deutlich herabgesetzt. Cornealreflex beiderseits 0. Beim Blick nach der Seite Neigung zu Tremor des Kopfes.

15. XII. 1915. Res.-Laz. Braunsberg: Kein Nystagmus. Beim Blickwenden nach rechts, nach links und nach oben Tremor des Kopfes. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, befindet sich in ständiger wallender Bewegung. Beim Erheben grobschlägiger Tremor in beiden Armen, ebenso in beiden Beinen. Intentionszittern in Armen und Beinen. Patellarreflexe sehr gesteigert. Fußklonus rechts und links. Bauchdeckenreflex rechts +, links --. Beim Sprechen explosives Anlaufen und Stammeln. D. liegt ständig im Bett in ziemlich horizontaler Lage. Beim Versuch, sich aufzurichten, gerät die Muskulatur des ganzen Körpers in einen hochgradigen Spasmus, so daß der Körper ganz steif wird. Die Pupillen sind dabei stark erweitert. Der Puls wird sehr frequent und hört bei forcierten Anstrengungen in der Radialis vollständig auf. Das Gesicht wird anfangs rot, dann blaß, es tritt Gefühl von Ohnmacht ein. Beim Versuch zu gehen wird der Schwerpunkt des Körpers zu weit nach vorne verlegt, die Beine werden ataktisch umhergeworfen, dabei treten die beim Aufrichten geschilderten Erscheinungen in verstärktem Maße hervor. Schwindel besteht nicht. Stehen ist ohne Unterstützung nicht möglich. D. muß sofort wieder in horizontale Lage gebracht werden.

2. I. 1916. Kann sich mit Hilfe der Arme etwas in die Höhe richten. Mit Unterstützung durch 2 Männer kann er im Zimmer ein Mal hin und her gehen, dabei sind die Beine hochgradig spastisch und ataktisch. Ist nach den Gehversuchen sehr angestrengt, wird ohnmächtig. Nach derartigen Anstrengungen treten blitzartige Zuckungen des Körpers ein, wenn er im Bett liegt. Nystagmus manchmal angedeutet.

Nach den Angaben des D. stürzte er am 20.XI.1914 vom Rade, machte noch 8 Tage Dienst, wurde dann krank. Nach einer anderen Feststellung will er 5 Min. lang besinnungslos geblieben sein.

Einem nierenärztlichen Zeugnis vom 24. II. 1916 zufolge bestand kein Nystagmus. Beim Blickwenden nach rechts, nach links und oben Tremor des Kopfes.

Grobschlägiger Tremor beim Erheben der Arme und Beine. Bauchdeckenreflex rechts +, links -. Beim Sprechen explosives Anlaufen und Stammeln. Multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarkes und K.-D.-B. wird angenommen. 100% erwerbsbeschränkt.

Im Dezember 1920 stellte D. Antrag auf einen Fahrstuhl, den er erhielt. Wird am 26. IX. 1921 zu Hause untersucht, da er nach seinen Angaben nicht zur Untersuchung hinfahren, nicht allein gehen kann. Nach dem Gutachten vom 1.X. 1921 ist D. 3 Jahre bettlägerig krank gewesen, steht seitdem zeitweise auf, geht nur mit Unterstützung anderer. Der Gang ist spastisch-ataktisch. Intentionszittern der Beine, weniger der Arme. Fußkonus. Fehlen der Bauchdeckenreflexe. Die Sprache ist o. B. und flott. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Multiple Sklerose, 100% erwerbsbeschränkt.

Im Dezember 1922 beantragte D. eine Bestrahlungskur. Wurde bestrahlt. Will dadurch eine deutliche Besserung verspürt haben, hofft durch weitere Bestrahlung völlig gesund und erwerbsfähig zu werden.

Beantragte im März 1923 einen Stützapparat für den Rücken.

Im April 1923 beantragte der Vater D.s Unterbringung in einer Nervenheilanstalt, da sein Sohn geistig umnachtet sei und stets unter Aufsicht sein müsse.

Nach einer nervenfachärztlichen Äußerung vom 17. V. 1923 wird ein Anstalts-gutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhangs der Geistesstörung mit dem Versorgungsleiden gefordert. D. wird deshalb der hiesigen Klinik überwiesen.

Auf eine Aufforderung hin, sich hier einzufinden, bittet D. später kommen zu dürfen, er habe 9 Wochen zu Bett gelegen.

D. wurde vom 11.—18. VI. 1923 hier beobachtet.

Der ihn herbegleitende Nachbar machte folgende Angaben: D.s Zustand hätte sich im Laufe der Jahre gebessert, so daß er schließlich an 2 Stöcken gehen und etwas die Wirtschaft beaufsichtigen konnte. Am I. IV. 1923 habe er Krämpfe bekommen, sich auf eine Bank gesetzt, sei zuerst steif gewesen, habe dann mit Armen und Beinen um sich geschlagen und sei 2 Stunden bewußtlos gewesen, habe hin und wieder einen Arm oder ein Bein krampfhaft über eine Stunde lang gebeugt gehalten. Durch Befeuchten mit nassen Tüchern habe sich der Krampf schneller gelöst. Die Krämpfe hätten abends begonnen, Nacht über hätte er nicht geschlafen, manchmal wie tot dagelegen, sich hin und wieder aufgerichtet, verworren um sich geschart. Unsinn geredet, auf Fragen langsam und müde oft unzutreffende Antworten gegeben. Die Anfälle seien in den nächsten Tagen mehrfach wiedergekommen, dann immer seltener geworden und nach 10 Tagen ganz weggeblieben. Kein Zungenbiß, kein Einnässen. Stand nach 10 Tagen auf, war deprimiert, saß ständig auf einer Stelle, machte einen Suicidversuch durch Würgen mit einem Taschentuch. Verlangte oft ein Messer. Mußte ständig beobachtet werden.

D. machte selbst folgende Angaben: Auf der Schule sei es nicht allzubest gegangen. Schreiben und Rechnen seien ihm schwer gefallen. Sei Herbst 1913 zum Militär, 1914 gleich ins Feld gekommen. Sei am 28./29. XI. 1914 vom Rade gestürzt, bewußtlos gewesen, ins Lazarett gekommen, bis zum März 1915 dort geblieben. Dann nach Königsberg gekommen. Sollte zum Ersatzbat. kommen, habe die Reise nicht ausgehalten, sei für 3 Wochen ins Lazarett gekommen, habe dort heftige Kreuzschmerzen gehabt. Sei vom Ersatzbat., wo er 8 Tage war, für 4 Wochen in Urlaub gefahren, dort gar nicht mehr aus dem Bett gegangen, sei von 2 Sanitätern ins Lazarett geholt worden, bis zu seiner Entlassung 1916 dort geblieben. Habe inzwischen schon einmal leidlich gehen können, sich wohl wieder erkältet, habe einmal ca. 4 Wochen lang kein Wort sprechen können. Habe Ostern 1923 einen Schwindelanfall bekommen, sei hingelegt worden, bis zum nächsten Tage halb besinnungslos gewesen, gehe jetzt am Stuhl. Die Sprache sei noch etwas schwer, das Nach-

denken gehe nicht, es spicke dann gleich so in den Schläfen. Habe mitunter große Schmerzen gehabt, das Herz habe dabei ausgesetzt. Habe bisweilen Zuckungen durch den ganzen Körper. Der Schlaf sei schlecht. Sei leicht erregbar, weine leicht. Habe Gestalten gesehen, die einmal dicht am Bett waren, dann weiter gingen. Habe sich oft gefürchtet. Doppelsehen habe er nie, mitunter Flimmern vor den Augen gehabt. Das Wasserlassen sei zeitweise sehr erschwert gewesen. Die Kraft in den Händen habe sehr nachgelassen. Sei Weinachten bestrahlt worden, das müsse eine erhebliche Verschlechterung herbeigeführt haben. Auf die Anfälle könne er sich nicht besinnen.

D. ist ein 1,74 m großer, 65 kg schwerer Mann in genügendem Allgemeinzustand. Bietet sehr viele Entartungszeichen.

Die Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall und Konvergenz. Der Augenhintergrund ist o. B. Nystagmus ist nicht vorhanden, scheinbarer wird durch Zucken des Kopfes vorgetäuscht. Die Patellarreflexe sind sehr gesteigert, die übrigen Reflexe normal auslösbar. Es bestehen keine Kloni. Der Tonus der Arme und Beine ist normal. Beim Fingerdruck paradoxe Kontraktion. Kein Vorbeizeigen. Beim Kniehacken- und Fingernasenversuch starkes Zittern meist erst nach Ausführung der eigentlichen Bewegung. Es besteht starkes Zittern der gespreizten Finger, mitunter des ganzen Körpers, Hautschrift und eine Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit. Bei Prüfung des Rombergschen Phänomens psychogenes Schwanken, Sensibilität ungestört. Der Gang ist schleppend, nicht ataktisch. Es besteht eine Unbeherrschtheit der Beine. D. stellt planlos ein Bein über das andere.

Hält die Augen weit, wie erstaunt aufgerissen. Sprache monoton, langsam, mit nasalem Beiklang, mitunter explosives Anlaufen. Psychisch keine größeren Störungen.

Ist zu Beginn einer Elektrosuggestivbehandlung sehr gereizt, schilt laut, er lasse sich das nicht gefallen, sei hier nicht beim Militär, verzichte lieber auf seine Rente. Nach kurzer Behandlung deutliche Besserung des Aufstehens und Gehens.

Wird auf das hier abgegebene Gutachten hin nochmals der Klinik zur Behandlung überwiesen. Kommt am 16. I. 1924 ohne Begleiter her.

Nach seiner Entlassung von hier sei es anfangs immer schlechter geworden habe „Düseln“ und Stiche im Kopf bekommen, daß er manchmal nicht wußte, wo er war. Es sei durch den ganzen Leib bis hinunter ins Kreuz gegangen. Habe noch etwa 3 Wochen lang fast dauernd zu Bett gelegen, wenn er das Bett verließ, habe er gefroren. Habe Salzbäder genommen, sei in Begleitung in den Wald gegangen, habe sich dort in die Sonne gelegt. Habe sich zunächst fortbewegt, indem er seinen Fahrstuhl vor sich herschob, später mit 2 Stöcken, seit Mitte November 1923 mit einem Stock. Die Sprache sei auch besser geworden, ganz in Ordnung sei sie noch nicht. Das Zittern sei nur bei Aufregung da. Rege sich leicht auf, wenn etwas gegen seinen Willen gehe, könne sich nicht beherrschen.

Beschäftigt habe er sich noch fast gar nicht. Nur zuweilen habe er das Vieh gefüttert und nach Ordnung gesehen. Angst, Gestaltensehen, nächtliches Phantasieren sei nicht mehr vorgekommen. Schlaf noch unregelmäßig, oft gut, nach Aufregungen schlecht.

Klage jetzt noch über den Kopf und über Schmerzen im Kreuz, wenn er längere Zeit gebückt stehe; die Beine seien auch noch schwach. Wolle gesund werden. Die Rente dürfe ihm aber dann nicht ganz entzogen werden, man könne doch nicht wissen, wie lange es vorhalte. „Kaputt gemacht haben sie einen im Krieg; aber nachher lassen sie einen verhungern.“

66,5 kg. Gesichtsfarbe etwas blaß. Mäßige Hohlhandschwielen. Pupillen unter mittelweit, LR +, CR +. Augenbewegungen frei. Kein Nystagmus. Conjunctival- und Cornealreflex stark herabgesetzt. Zunge zittert stark. Rachenreflex gesteigert.

Reflexe o. E. ++. Bauchdecken +, Kniephänomene ++. Bei Auslösung des rechten blitzartigen Nachzucken, das manchmal auch ohne auslösenden Schlag eintritt. Achilles ++, keine Kloni. Babinski, Oppenheim, oberer Tibiastrichreflex -.

Knichacken- und Fingernasenversuch werden richtig ausgeführt. Keine Ataxie. Tonus normal.

Große Kraft der Arme gut, Händedruck genügend. Haut der Finger rissig, derb. Mäßige Hohlhandschwielien. Große Kraft der Beine stark herabgesetzt. Hebt die Beine im Liegen nur bis 60°. Hält sie nicht gegen den Druck eines Fingers erhoben, ausfahrende Bewegung dabei. Führt Kniebeuge richtig, wenn auch sehr zittrig aus.

Romberg ++, psychogen. Schon beim Stehen mit geschlossenen Füßen und geöffneten Augen starkes Schwanken. Dieses wird bei Augenschluß nicht stärker und verschwindet völlig bei Ablenkung. Gang etwas unsicher, taumelnd, nicht charakteristisch gestört.

Herabsetzung für Schmerz und Berührung an den Beinen. Durchstechen einer Hautfalte löst keine Schmerzreaktion aus. Tiefensensibilität o. B. Bei körperlicher Untersuchung reaktives Verhalten. Neben starkem Kältezittern heftiges ruckartiges Schütteln, das bei Prüfung der groben Kraft der Beine erheblich stärker wird. Betont: „Herr Doktor, ich mache alles, was Sie wünschen.“ Demonstrativ willig.

Behandlung mit Radio-Lux unter Verbalsuggestion. Anschließendes Exzerzieren. Gibt sich gut Mühe. Anfangs noch ruckartige Bewegungen des Rumpfes. Schüttelzittern. Taumelt bei der Aufforderung zum Laufschritt gegen die Wand zurück, zittert stark, stößt explosiv hervor: „Regen Sie mich nicht auf.“ Macht gute Fortschritte. Marschiert, läuft, springt. Stimmung gut. Hilft bei Arbeiten auf der Station. Fragt, ob er sich von seinem Freunde, einem Fleischer, eine Handelskarte besorgen lassen dürfe. Wollte sich an dessen Geschäft beteiligen.

In Ermangelung von Arbeiten im Freien angehalten zu Freiübungen (Hanteln mit Stuhl). Dabei reaktiv. Innerviert übermäßig die Antagonisten, preßt, gerät in Zittern. Auf Ermahnung abweisend. Er könne sich nicht beherrschen, die Anstrengung rege ihn noch auf. So gesund wie früher werde er wohl nicht werden.

Drängt später sehr hinaus. Wenn er arbeiten solle, habe er dazu zu Hause bessere Gelegenheit als hier. Erheblich gebessert nach Hause entlassen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß beide oben geschilderten Kranken von Hause aus geistig minderwertige, psychopathische Persönlichkeiten sind. Das geht aus ihren anamnestischen Angaben, dem Inhalt und der Fülle ihrer Klagen und Beschwerden und der Art, wie sie diese hervorbringen, deutlich hervor. Auch der Körperbefund, die große Zahl der Entartungszeichen und Asymmetrien bestätigt es. Bei beiden besteht eine starke nervöse Übererregbarkeit, die sich unter anderem in lebhaften Reflexen, rasch erschöpfbaren Kloni, psychogenem Schwanken bei Prüfung des Rombergschen Phänomens, Lidflattern und funktioneller Übererregbarkeit der Muskulatur äußert.

Beide zeigen eine hysterische Reaktionsweise, wie sie vielen Psychopathen eigentümlich ist, ein reaktiv-demonstratives Verhalten während der Exploration, das sich im ersten Falle durch die eigentümliche Art der forcierten Atmung, durch das gekünstelte Husten, im zweiten Fall durch die groß aufgerissenen, starr und erstaunt blickenden Augen

kundtut und bei der körperlichen Untersuchung noch deutlicher in Erscheinung tritt, bei dem zweiten Kranken auch durch die typisch hysterischen Anfälle bewiesen wird.

Bei beiden Fällen ist ein organischer krankhafter Befund jetzt nicht vorhanden, es findet sich kein Symptom, das auf eine Nervenerkrankung im Sinne einer multiplen Sklerose hindeuten könnte. Ist damit bewiesen, daß es sich tatsächlich nur um psychogene Störungen handelt, könnte nicht evtl. eine Remission der früher immer wieder diagnostizierten multiplen Sklerose vorliegen? Wir haben diese Frage in unserem Gutachten verneinen müssen. Schon bei der Durchsicht der früheren Krankenblätter und Gutachten fällt das außerordentlich Widerspruchsvolle in ihnen auf. Es findet sich eine geradezu ungeheure Masse von organischen Symptomen, die bald stärker hervortreten, bald verschwunden sind. Dieser ständige Wechsel bei der großen Fülle von Erscheinungen erregt Zweifel, selbst wenn man die Kranken nicht gesehen hätte. So wird beispielsweise in der 2. Krankengeschichte die Tatsache, daß er wochenlang wie gelähmt im Bett liegt, in einer Nacht plötzlich aufsteht und sich frei bewegt, um sich am nächsten Tage wieder im gleichen Lähmungszustande zu befinden, einfach im Krankenblatt registriert, ohne Anlaß zu einer Revision des Urteils zu geben. Der Nystagmus ist augenscheinlich teils falsch bewertet, teils nicht richtig beobachtet worden. Er war sicher nicht für multiple Sklerose charakteristisch, wechselte stark, hatte eine willkürliche Komponente (wir haben wiederholt willkürlich erzeugten Nystagmus auch sonst zu beobachten Gelegenheit gehabt), teils wurde der Nystagmus der Augen durch entsprechende rhythmische Zitter- und Schüttelbewegungen des Kopfes vorgetäuscht. Dabei mag es dahingestellt bleiben, ob es nicht auch einen hysterischen Nystagmus gibt, wie er als Folgeerscheinung hysterischer Anfälle von *Voß* beschrieben worden ist. Nur erwähnen möchten wir, daß nystagmatische Einstellungszuckungen und Unruhe bei sonst normalem Befund gerade bei nervös minderwertigen Menschen nicht allzu selten gefunden wird und wohl als Degenerationszeichen aufgefaßt werden kann. Aber schon die Tatsache allein, daß bei beiden Fällen die angeblich schon seit Jahren bestehende multiple Sklerose nicht fortgeschritten ist, obwohl angeblich durch Jahre hindurch schwere Erscheinungen bestanden, spricht gegen die Diagnose.

Und wenn man noch erwägt, daß diese Erscheinungen bei unserer Untersuchung zwar z. T. noch bestanden, sich aber als psychogen herausstellten, daher auch weitgehend beeinflußt werden konnten, so ist damit der Beweis für ihre psychogene Natur erbracht.

In dieser Beziehung nehmen die oben beschriebenen Fälle in der Literatur eine Sonderstellung ein, die ihre Mitteilung rechtfertigt.
