

IV.

Die Agoraphobie,
eine neuropathische Erscheinung.

Von

Prof. C. Westphal.

Seit mehreren Jahren haben sich wiederholt Kranke mit der eigenthümlichen Klage an mich gewandt, dass es ihnen nicht möglich sei, über freie Plätze und durch gewisse Strassen zu gehen und sie aus Furcht vor solchen Wegen in der Freiheit ihrer Bewegungen genirt würden. Sie verlangten Aufschluss über die Natur des Leidens, über das sie zum Theil nur ungern und mit einer gewissen Scheu Mittheilung machten, und liessen die Besorgniß durchblicken, oder sprachen sie geradezu aus, sie möchten der Sonderbarkeit der Sache wegen verlacht oder gar für geisteskrank gehalten werden. Diese Furcht vor dem Durchschreiten von Plätzen resp. Strassen stellte derart das Hauptphänomen dar, dass ich, obwohl sie sich noch auf gewisse andere Situationen bezog, und daher die gewählte Bezeichnung — denn eine solche schien mir wünschenswerth — nicht ganz erschöpfend ist, das Wort Agoraphobie (*ἀγορά*), Platzfurcht, dafür bilden zu können meinte. Neben der genannten Erscheinung bestanden, wie man sehen wird, noch anderweitige Störungen des Nervensystems, die meist erst auf besonderes Befragen zur Kenntniß kamen oder nur nebenbei von den Patienten erwähnt wurden. Aus der Literatur ist mir, mit Ausnahme einer neusten, wahrscheinlich hierher gehörigen und mir erst während des Niederschreibens dieses Aufsatzes zu Gesicht gekommenen Beobachtung, von der später die Rede sein wird, eine Beschreibung des Leidens nicht bekannt geworden.

Die Schilderung der eigenthümlichen Erscheinung selbst ist in den folgenden drei Fällen, die als Typen dienen können, zum Theil mit den eigenen Worten der Patienten gegeben; zwei der letzteren habe ich häufig in Betreff ihrer Angaben controllirt und ist mir noch jetzt

die Gelegenheit dazu geboten; den dritten Patienten sah ich nur zwei Mal, konnte ihn aber gleichfalls genau untersuchen und ihm, da mir der Zustand bereits bekannt war, die mir wichtig erscheinenden Fragen vorlegen.

Der erste Fall, welcher mir durch die Gefälligkeit eines Collegen zugeführt wurde, betrifft einen Herrn C., Handlungsreisenden*). Er ist 32 Jahre alt, von mittlerer Grösse, schlanker Statur, gesundem Aussehen, zeigt sich lebhaft in Gesprächen und Bewegungen. Er beklagt sich, dass es ihm unmöglich sei über freie Plätze zu gehen. Es überfällt ihm bei dem Versuche dazu sofort ein Angstgefühl, dessen Sitz er auf Befragen mehr im Kopfe als in der Herzgegend angibt, indess sei auch oft Herzklopfen dabei. In Berlin ist ihm der Dönhofsplatz mit am unangenehmsten; versucht er es, denselben zu überschreiten, so hat er das Gefühl, als ob die Entfernung sehr gross, meilenweit sei, er nie hinüber kommen könne, und damit verbindet sich das erwähnte, oft von allgemeinem Zittern begleitete Angstgefühl; je mehr er sich, nach den seitlichen Bregenzungen des Platzes zu abweichend, den Häusern nähert, desto mehr schwindet das Angstgefühl. Geht er mit einem Andern Arm in Arm oder im Gespräche über den Platz, so ist das Angstgefühl viel geringer; ein Stock oder Schirm in der Hand gibt ihm keine Sicherheit. Dagegen ist es öfter vorgekommen, dass er, mit seinen Gedanken beschäftigt, über einen Platz gegangen ist ohne zu merken, dass er ihn überschritten. Fährt ein Wagen über den Platz, so kann er, wenn er sich in der Nähe desselben hält, gut hinüberkommen; sonst vermag er es überhaupt nicht, sondern umgeht denselben. Nach Charlottenburg, durch den Thiergarten, kann er nicht gehen, da keine Häuser im Thiergarten sind.

Dasselbe Angstgefühl überfällt ihn, wenn er genötigt ist, an Mauern und langgestreckten Gebäuden (Exercierhaus in der Carlsstrasse, Artillerieschule unter den Linden) entlang oder durch Strassen zu gehen, wenn die Verkaufsläden — wie an Sonn- und Feiertagen oder in später Abend- und Nachtstunde — geschlossen sind. In später Abendstunde — er isst gewöhnlich Abends in Restaurationen — hilft er sich in Berlin in eigenthümlicher Weise; entweder wartet er, bis er eine andere Person die Richtung nach seiner Wohnung zu einschlagen sieht und folgt dicht hinter derselben, oder er macht sich an eine Dame der demi-monde, lässt sich in ein Gespräch mit ihr ein und nimmt sie so eine Strecke mit, bis er eine andere ähnliche Gelegenheit

*) Ich stellte ihn vor zwei Jahren in meiner Klinik vor.

findet und so allmälig seine Wohnung erreicht. Auch die rothen Laternen der Kneipen dienen ihm zur Unterstützung; sobald er eine solche vor sich sieht, ist die Angst gehoben. Zuweilen, in später Nachtstunde, wenn diese Hülfsmittel ihn im Stiche lassen, ist er in der grössten Noth, nach Hause zu kommen („in der Stille der Nacht habe ich ein wahres Grauen auf der Strasse“); er wartet dann wohl stundenlang vor der Kneipe, aus der er gekommen, auf eine etwa vorüberfahrende Droschke. Gefragt, was er wohl thun würde, wenn man ihn auf eine freie Wiese hinausführte und ihn nun plötzlich ganz allein dort liesse, meint er, der Gedanke schon sei ihm unerträglich, er könne das gar nicht denken, er wisse nicht, was er thun würde, vielleicht sich mit dem Gesicht auf die Erde werfen und mit den Händen sich fest an das Gras anklammern. Nie lässt er es bei seinen vielfachen Reisen dazu kommen, dass er allein zu Fuss auf Chausséen u. dergl. sich befindet; er kundschaftet diese Dinge förmlich aus, sucht immer, wenn ein Weg über einen freien Platz unvermeidlich, einen Wagen zu bekommen und braucht allerlei Kriegslisten, um sein Endziel glücklich zu erreichen.

Auch beim Betreten von Theatern und Kirchen ist er, oft schon an der Thür, von dem gleichen Gefühle heimgesucht worden und der Besuch derselben ihm bis in die jüngste Zeit unmöglich gewesen. Hier war es gleichfalls der weite Raum, welcher in ihm die Angst wachrief. Als er einmal in Königsberg in's Theater zu gehen versuchte, musste er, schon in demselben, umkehren, er „hätte sich vor Angst mit den Nägeln in die Wand eingraben mögen.“ Gegenwärtig kann er Kirchen und Theater ohne Störung besuchen.

Fahrten auf der See (auf einem grösseren Schiffe) riefen die Angst fast nicht hervor, auch konnte er im Seebade am Strand spazieren gehen, indess, wie er meint, nur weil die Häuserreihen sich bis dicht an den Strand erstreckten. Mit einem Schiffer in einem Boote allein auf die See zu fahren, wie dies im Seebade Sitte ist, vermochte er nicht.

Bei allen diesen Gelegenheiten ist das betreffende Angstgefühl vollkommen unmotivirt, er weiss nicht, warum es ihm hierin anders geht, als anderen Menschen, ja, „es ist ihm unbegreiflich, wie Andere über einen Platz gehen können.“ Folgt er aber einem Wagen, oder hat er eine andere Person in unmittelbarer Nähe, oder erblickt er in später Stunde, wenn die Läden geschlossen, eine rothe Laterne (Restauration), so fühlt er sich sicher bei der Vorstellung, dass, wenn die Angst kommt, er in den Wagen steigen, in die Restauration treten, den betreffenden Menschen anreden kann u. s. w. Was ihm

Angst mache, davon hat er selbst keine Vorstellung, es ist gleichsam die Angst vor der Angst. Auf den Einwurf, dass in Kirchen und Theatern doch stets Menschen anwesend seien, er also dort eigentlich nach Analogie der Vorgänge auf der Strasse ein Gefühl der Sicherheit haben müsse, erwidert er, dass dem nicht so sei, er wisse nicht warum, es sei wohl der weite Raum, welcher die Angst hervorrufe.

Dies Angstgefühl ist in allen Fällen vom Schwindelgefühl vollkommen verschieden; letzteres kennt er sehr wohl und empfand es beim Besteigen von Thürmen u. s. w., jedoch nicht in besonders ungewöhnlicher Weise; in letzter Zeit hat er Höhen überhaupt nicht bestiegen. Besondere Sensationen, wie Hitzegefühl u. dergl. leiten weder das Angstgefühl ein, noch begleiten sie es; doch glaubt er, dass er dabei im Gesichte roth werde. Am schlimmsten ist der Zustand Morgens, wenn er nüchtern ist; entschieden gemildert wird er schon durch den Genuss von einigen Gläsern Bier oder Wein.

Ueber den Beginn des Leidens erzählt er Folgendes: Schon vor dem Jahre 1866 ist ihm wohl ab und zu auf freien Plätzen etwas ängstlich geworden, aber ohne dass er weiter darauf Acht gab; erst in dem erwähnten Jahre (in seinem 27. Lebensjahr) begann das Leiden; er ging damals eines Tages im Frühjahre vor die Stadt hinaus in eine sich an die Häuser schliessende Baum-Allee; als er die letzten Häuser erreichte, wurde ihm mit einem Male so eigenthümlich, so „katzenjämmerlich“ zu Muthe, und als er bis zum fünften oder sechsten Baume gelangt war, musste er umkehren. Seit dieser Zeit konnte er nicht mehr allein in's Freie oder über Plätze gehen, dagegen hatte er damals noch keine Angst in Strassen mit geschlossenen Verkaufsläden; diese entwickelte sich erst später.

Bis auf die in Rede stehende Erscheinung will er gegenwärtig ganz gesund sein, namentlich auch nie Anfälle von Bewusstlosigkeit oder Krämpfen gehabt haben; es ergiebt sich dagegen bei näherem Nachfragen noch, dass er zuweilen anfallsweise vor den Augen „Flimmern“ (heller Schein, leuchtender Vorhang) hat, so dass er schliesslich nichts mehr sehen kann oder die Gegenstände halb sieht, z. B. von dem Gesichte eines Andern nur die eine Hälfte. Das Flimmern ist zuweilen blos auf dem linken, zuweilen blos auf dem rechten Auge, manchmal auch auf beiden. Dieser Zustand kann eine halbe Stunde andauern, geht aber sogleich vorüber, sobald er die Hände in heißes Wasser taucht. Schwindelgefühl, Verlust des Bewusstseins ist nie damit verbunden, auch geht weder Kopfschmerz voran noch folgt derselbe, ebensowenig ist Erbrechen oder Kollern im Leibe

damit verbunden. Die Zufälle kommen einige Male im Jahre; ob sie schon vor dem Beginne des jetzigen Leidens vorhanden waren, kann Patient nicht sagen.

Abgesehen von den geschilderten Leiden lassen sich an dem Patienten keine Anomalien Seitens des Nervensystems nachweisen, höchstens ist noch eines minimalen Zitterns der ausgebreiteten Hände Erwähnung zu thun; dem Patienten selbst ist bisher nur das starke Zittern bei den Angstzufällen bemerklich gewesen. Im Uebrigen erscheint er heiter, lebhaft, gesprächig, äussert sich durchaus nicht in hypochondrischer Weise über sein Leiden, dem er durch die erwähnten Kunstgriffe entgegenzutreten gelernt hat, giebt aber (allerdings nur auf specielles Befragen) an, dass er leicht erregbar und auch wohl rührbar sei. Seine Lebensweise ist ganz derjenigen der Mehrzahl seiner Collegen entsprechend; er frequentirt viel und gern Restaurationen, öffentliche Lokale, Theater und huldigt dem weiblichen Geschlechte; mehrmals litt er an Tripper. Schliesslich ist noch eine Eigenthümlichkeit der Körperbildung hervorzuheben; es besteht eine theilweise Asymmetrie beider Körperhälften: die Schädelhälften bieten keine in die Augen fallende Differenz, dagegen steht die linke Augenbraue etwas tiefer, die linke Lidspalte ist weiter, die linke Pupille weiter als die rechte, sowohl bei intensiver als bei schwacher Beleuchtung, bei schwacher Beleuchtung ist der Unterschied jedoch geringer*); das Sehvermögen soll links viel besser sein als rechts. Gehör angeblich auf beiden Seiten gleich gut, der Geruch scheint, allerdings nur auf Grund eines Versuches, links weniger scharf als rechts (?). Die linke Gesichtshälfte ist länger und schmäler als die rechte, das linke Ohr gleichfalls länger und schmäler, die Mundhälften zeigen keine Differenz, das linke Nasenloch erscheint, indess nur durch Hineinwölbung des Septum, kleiner, die Zunge ist in beiden Hälften gleich mit einer minimalen Abweichung der Spitze nach rechts, Gaumenbogen und Uvula symmetrisch. Die rechte Hand ist ca. $\frac{1}{2}$ Zoll breiter als die linke, die Finger haben beiderseits gleiche Länge, sind aber links schmäler; rechter Ober- und Unterarm kräftiger aber von gleicher Länge als der linke, die rechte Schulter kräftiger und etwas tiefer stehend. An der untern Extremität ist links der Fuss schmäler, aber gewölbter (die Entfernung der Sohle von der höchsten Wölbung des Fussrückens grösser) und $\frac{1}{2}$ Centim. länger als der linke, ebenso ist die linke Wade beträchtlich schmäler als die rechte, der linke Oberschenkel dagegen nur um Weniges dünner.

*) Zuweilen — ich sah den Patienten wiederholt — konnte ich eine Differenz der Pupillen kaum constatiren.

Die linke Thoraxhälfte ist flacher aber breiter, die rechte nach vorn stärker hervorgewölbt und schmäler; die Wirbelsäule zeigt keine merkliche Deviation. —

Im Uebrigen ergiebt die Untersuchung nichts Besonderes; erwähnenswerth ist nur, dass Druck auf die Austrittsstelle des N. supraorbitalis rechts und links etwas empfindlich ist (rechts mehr als links); am Infraorbitális ist dies weniger der Fall. In Betreff der Asymmetrie der Lidspalte, der Ungleichheit der Pupillen und des geringeren Sehvermögens links bemerke ich noch, dass Pat. früher an einer Affektion des linken Auges gelitten haben will; Residuen derselben (Hornhautflecke) lassen sich indess nicht nachweisen; Pat. selbst vermag nicht anzugeben, ob die Ungleichheit der Lidspalten angeboren ist; er selbst ist erst später bei einer photographischen Aufnahme darauf aufmerksam geworden. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab nichts Abnormes.

Eine hereditäre Anlage zu Nerven- und Geisteskrankheiten wird in Abrede gestellt, nur die Mutter soll häufig an sehr starkem Kopfschmerz gelitten haben. Der Vater, alle Geschwister und Vettern angeblich gesund. —

Der zweite Patient, Herr N., 24 Jahr alt, Kaufmann, von gesundem Aussehen, ist mir seit seiner frühesten Jugend bekannt. Er sucht meine Hülfe nach mit der Bemerkung, ich möge ihn nicht für verrückt halten, wenn er mir ein sonderbares Leiden mittheile. Es sei ihm ganz unmöglich über freie Plätze zu gehen, ja oft im höchsten Grade unangenehm sich in den Strassen zu bewegen, namentlich Sonntags, wenn die Läden geschlossen sind. Durch Strassen zu gehen, welche er genau kenne, die in der Nähe seiner Wohnung lägen, oder in denen, wie er wisse, Bekannte oder Verwandte wohnen, werde ihm leichter, oft aber könne er kaum von seiner Wohnung bis in das höchstens fünf Minuten entfernt gelegene Comptoir gelangen. Weite Spaziergänge (z. B. nach dem Thiergarten) zu machen, sei ihm meistentheils nicht möglich, auch Fahren in Miethswagen, Omnibus, Droschken u. dergl., ferner Eisenbahnreisen müsse er vermeiden, während die Benutzung seines eigenen Wagens ihm keine Schwierigkeiten mache. Unerträglich ist ihm ferner der Aufenthalt im Theater, in Concertsälen u. dergl., kurz in grösseren Räumen, in welchen eine grosse Menschenmenge versammelt ist.

Das Unerträgliche in allen diesen Situationen ist ein sofort entstehendes heftiges Angstgefühl, welches durch ein im Unterleibe beginnendes und nach dem Kopfe aufsteigendes Gefühl von Wärme eingeleitet wird und mit Herzklöpfen einhergeht, auch öfter mit all-

gemeinem Zittern und in den höchsten Graden mit einem Gefühle von Verwirrung verbunden ist. Will er einen Platz überschreiten und befällt ihn nun das Angstgefühl, so ist es ihm, als sei der Platz so breit, dass er niemals hinüber kommen könne, und als würden seine Schritte zugleich immer kleiner, so dass er gar nicht vorwärts käme. Einen Grund für das Angstgefühl könne er absolut nicht angeben, es sei eben da trotz aller Raisonnements über das Lächerliche desselben; es werde ihm schon bei dem Gedanken, dass er heut da oder dorthin gehen müsse, Angst vor dem Zustande; es sei manchmal so schlimm, dass er sich kaum quer über die Strasse wage. Von Schwindelgefühl unterscheidet er den genannten Zustand in der allerbestimmtsten Weise; dem gewöhnlichen, auf Höhen entstehenden, Schwindelgefühl ist er nicht ausgesetzt und hat er — unter einer gewissen gleich zu erwähnenden Bedingung — ausgedehnte und zum Theil gefährliche Berg- und Gletscherpartien gemacht. Diese Bedingung ist die Begleitung eines Bekannten — er verspürt dann keine Spur jener Angst beim Ueberschreiten von Plätzen, beim Fahren, im Theater u. dergl.; das Ueberschreiten von Plätzen gelingt ihm ferner leichter, wenn er sich in der Nähe eines darüber fahrenden Wagens hält; er glaubt, es sei das Gefühl, allenfalls hineinsteigen zu können, welches ihm Erleichterung schaffe. So hat er denn auch trotz seines Zustandes in Gemeinschaft mit einem Freunde monatelang weite Reisen unter den allermannigfaltigsten Verhältnissen, zum Theil durch unbewohnte Gegenden, ohne Beschwerde zurückgelegt; nie aber unternahm er auf denselben das Geringste, ohne von diesem Freunde begleitet zu sein. Erleichtert werden ihm die Gänge in's Freie, wenn er Wein getrunken, gut dinirt hat; die Angst ist dann schwächer oder gar nicht vorhanden.

Im Uebrigen ist Patient ein intelligenter Mann mit vortrefflichen Eigenschaften des Geistes und Herzens, fleissig und gewissenhaft in seinem Berufe, ein liebenswürdiger Gesellschafter, der stets ausserordentlich heiter und aufgelegt erscheint. Psychische Anomalien bestehen sonst durchaus nicht, nicht einmal andere kleinere Eigenthümlichkeiten oder Besonderheiten; dagegen will er (auf besonderes Befragen) allerdings in letzter Zeit zuweilen ganz vorübergehend und in sehr geringfügigem Grade reizbar und heftig geworden sein, ferner in Folge des beschriebenen Leidens immer mehr oder weniger in einem, wie er sich ausdrückt, gewissermassen künstlichen Zustande sich befinden, sich nie so ganz natürlich fühlen wie andere Menschen, selbst nicht, wenn er äusserlich heiter, lebhaft und gesprächig erscheint. Weiterhin glaubt er zu finden, dass sein Gedächtniss, allerdings in sehr geringem Grade, gelitten

habe, es ist diese Abnahme jedoch so unbedeutend, dass sie in keiner Weise störend wird und objektiv überhaupt niemals zur Wahrnehmung kommt. Sein Leiden ist ihm ausserordentlich lästig, ja er ist besorgt, es könne sich weiter entwickeln und fragt, ob es nicht eigentlich eine Art Verrücktheit sei, wiewohl doch andererseits sicher nichts Eingebildetes dabei sei, — indess sind alle diese und ähnliche Bemerkungen vollkommen den Aeusserungen entsprechend, welche jeder gebildete intelligente Mensch über ein solches Leiden abgeben würde, es ist namentlich durchaus nichts von hypochondrischer Uebertreibung, von medicinischen Erklärungsversuchen u. dergl. darin enthalten. Niemand ahnt etwas von seinem Leiden, welches er vor seinen nächsten Angehörigen sorgfältig zu verbergen sucht; es wird ihm dies aus einem andern Grunde nicht sehr schwer. Patient hat nämlich mehrmals epileptische Anfälle gehabt und so genügende Veranlassung zu dem Wunsche, nicht längere Zeit allein unterwegs sein zu wollen; indess ist, wie er ausdrücklich versichert, bei ihm selbst nicht etwa die Furcht vor der Möglichkeit eines plötzlichen Anfalles massgebend — er würde sich, wie er sagt, daraus sehr wenig machen — sondern nur die Besorgniß vor dem Eintreten des geschilderten Angstgefühls.

Vor dem Auftreten der erwähnten epileptischen Anfälle litt Patient häufig an vorübergehendem Flimmern vor den Augen, welchem Kopfschmerz folgte. Seit dem Auftreten der epileptischen Anfälle hat dies Flimmern ganz aufgehört. Der erste epileptische Anfall erfolgte im 14. Lebensjahre, der zweite und dritte im 15. und 17.; im 18. hatte er eine Reihe von Anfällen hinter einander, einen Tag um den andern, mit Benommenheit des Bewußtseins und zeitweisen Delirien in der Zwischenzeit; im 23. endlich trat der bis jetzt letzte Anfall auf. Die Anfälle hatten den Charakter klassischer epileptischer Krämpfe (zum Theil mit Zungenbiss); der letzte begann, wie Pat. selbst angibt, damit, dass er, ruhig auf dem Sopha liegend, ein plötzliches Unwohlsein spürte, den eben herausgehenden Diener rufen wollte und anstatt des Namens desselben, den er nicht herausbringen konnte, den Namen eines anderen Dieners nannte, obwohl er sich vollkommen dieser falschen Benennung bewusst war; gleich darauf verlor er das Bewußtsein. Den Anfällen folgte tagelange Mattigkeit, Benommenheit und Klage über Kopfschmerz in der linken Supraorbitalgegend. Seit dem letzten Anfall besteht häufig eine gewisse unangenehme Empfindung an der gleichen Stelle, und fand ich stets bei wiederholten Untersuchungen Zunahme und Steigerung der letzteren bis zum Schmerz bei Druck

auf die Austrittsstelle des linken N. supraorbitalis, während Druck auf andere Stellen des linken und rechten oberen und unteren Augenhöhlenrandes nicht empfindlich war. Zu erwähnen ist schliesslich noch, dass Patient gegenwärtig, nachdem er vorher an ziemlich häufigen Pollutionen gelitten, über einen Mangel jeder geschlechtlichen Erregung klagt.

An die Art der Entstehung des Zustandes der Agoraphobie kann er sich nicht genau erinnern; er glaubt, sie datire aus der Zeit nach dem ersten epileptischen Anfalle und knüpfe an eine damals in seiner Familie gefallene Ausserung an, er könne — der Krankheit wegen — nicht gut allein ausgehen.

Eine hereditäre Prädisposition zu Neurosen besteht in sehr ausgesprochener Weise in seiner Familie. Der Urgrossvater väterlicherseits — ein durch wissenschaftliche Leistungen und durch seinen Charakter bedeutender, in gewisser Beziehung Epoche machender Mann — hatte sich durch zu starke Anstrengungen des Geistes eine Krankheit zugezogen, welche voll sonderbarer Erscheinungen war. Ueber zwei Jahre lang durfte er gar nichts thun, gar nichts lesen, über gar nichts nachdenken, keine lauten Töne hören. Wenn Jemand im Geringsten lebhaft mit ihm redete, oder er selbst nur wenig lebhaft war, so fiel er Abends in eine höchst beschwerliche Art von Catalepsie, worin er Alles sah und hörte, was um ihn vorging, ohne ein Glied bewegen zu können; hatte er dann am Tage lebhafte Reden gehört, so rief ihm während des Anfallen eine Stentorstimme die einzelnen, mit einem hohen Accente ausgesprochenen oder sonst laut geredeten Worte und Silben wieder einzeln zu, so dass ihm auf eine unangenehme Art die Ohren davon gellten.*.) Der Grossvater des Pat. war gleichfalls ein geistig hervorragender Mann und litt an Anfällen von Flimmern, welche auch auf den Vater des Pat. übergegangen sind und bei diesem früher in seltenen Zwischenräumen, dafür aber sehr intensiv mit dem heftigsten Kopfschmerz, Empfindlichkeit gegen die geringsten Sinneseindrücke auftraten, gegenwärtig dagegen zwar sehr viel häufiger kommen, aber zugleich so schwach auftreten, dass er kaum davon Notiz nimmt. Das Flimmen besteht in dem Auftreten heller Punkte und kleiner leuchtender Kreise, die anfangs sehr intensiv sind und das Sehen hindern, dann zu immer grösseren Kreisen mit abnehmender Intensität der Helligkeit sich ausdehnen und so aus dem Gesichtsfeld verschwinden; die Gegenstände werden oft

*) Diese Notiz über den Betreffenden ist von einem ausgezeichneten deutschen Physiologen überliefert.

gerade halbirt gesehen, während das Flimmern besteht. Die drei Geschwister des Vaters, Alle durch Geist und Talent hervorragend — einer zählt zu den bedeutendsten Künstlern der Neuzeit — litten gleichfalls daran; zwei starben fast momentan an Apoplexie, einer, nachdem wenige Tage Hirnsymptome vorangegangen waren, an einer unbekannt gebliebenen Hirnaffektion. Die Geschwister unseres Patienten leiden gleichfalls theils an derselben Art des Flimmerns, theils an mehr oder weniger andauerndem Kopfschmerz; dass bei ihm selbst dieses Flimmern bestand, bevor die Epilepsie auftrat, ist bereits erwähnt.

Der dritte Patient Herr P., ist Ingenieur, ca. 26 Jahr alt. Patient kommt mit der Klage, dass ihn an freien Stellen und Plätzen ein Angstgefühl überfalle, welches ihn u. A. auch bei seiner Beschäftigung im Freien ausserordentlich lästig sei. Die Angst beim Versuche einen freien Platz zu überschreiten beginnt, sobald die Häuser einer auf den Platz mündenden Strasse sich anfangen von ihm zu entfernen; es tritt dann zuerst ein plötzliches Gefühl von Beklommenheit in der Herzgegend auf, wie wenn man einen Schreck bekommt, es ist ihm auch wohl, als packe ihm etwas in der Herzgegend, dann wird er roth und heiss im Gesichte, es bemächtigt sich seiner eine Angst, die zur förmlichen Todesangst werden kann, es entsteht ein Gefühl der Unsicherheit in ihm, als ob er nicht mehr sicher ginge, und ist es ihm auch wohl, als flössem die Pflastersteine in einander. Wenn er bei dem Versuche, über den Platz zu gehen, nicht weiter kann, kehrt er lieber wieder um und geht um denselben herum; zuweilen setzt er sich wohl auch in Trab, um schneller hinüberzukommen. Er vergleicht das Gefühl beim Hinübergehen über einen Platz mit dem Gefühle eines Schwimmers, der aus einem Graben plötzlich in einen weiten Teich hineinschwimmt und über diesen nun nicht hinüberzukommen fürchtet.¹ Der Zustand bessert sich schon, wenn er sich den Häusern wieder nähert; hat er den Platz überschritten, so ist es ihm wie ein Traum. Sieht er sich nach Ueberschreitung des Platzes um, so kehrt das Gefühl zurück. Ein über den Platz fahrender Wagen bringt ihm grosse Erleichterung; der Grund dafür liegt seiner Meinung nach in erster Linie in der Unterbrechung der Einförmigkeit, welche ihm wohlthut, in zweiter Linie erst kommt die Vorstellung in Betracht, er könne sich an den Wagen halten. Geht er mit einem Andern zusammen, besonders bei lebhaftem Gespräch, so ist es besser, wenngleich das Angstgefühl nicht ganz schwindet; er sagt dann wohl, es würde ihm plötzlich unwohl, um den Zustand zu verbergen. Oft scheint ein Stock, ein Schirm in der Hand, auf den er sich stützt, den Uebergang zu erleichtern. Das

Angstgefühl ist psychologisch vollkommen unmotivirt, es befällt ihn, so wie er den Platz betreten muss. Zugleich aber wird er dabei von dem Gedanken geängstigt, dass der Zustand, in den er geräth, Aufsehen erregen könnte; Menschenleere in den Strassen ist ihm daher, abgesehen von der grösseren Einförmigkeit der letzteren, auch deshalb unangenehmer, weil er dabei die Aufmerksamkeit noch mehr auf sich zu lenken fürchtet. Von dem gewöhnlichen Schwindelgefühl, das er kennt und das nicht besonders stark bei ihm ist, ist das Angstgefühl vollständig verschieden; nur wenn die Angst ihre Höhe erreicht, kommt es ihm vor, als wenn der Boden unter ihm schwanke. Von den Berliner Plätzen ist auch ihm am unangenehmsten der Dönhofsplatz, dann kommt der Platz am Opernhouse; der Platz am Gensd'armenmarkt ist der am wenigsten unangenehme. Auf dem Dönhofsplatz findet er, einmal an dem Candelaber in der Mitte angelangt, Beruhigung; er geht aber auch dann lieber wieder zurück, als weiter vorwärts. Plätze, welche mit Beeten oder anderen Gegenständen versehen sind, welche dem Blicke einen Anhaltspunkt gewähren, überschreitet er leichter, und eine Unterbrechung der monotonen Fläche durch etwas Farbiges genügt oft schon, den Zustand weniger hervortreten zu lassen; ein grösserer Platz in der freien Natur ist leichter zu überschreiten als ein ebenso grosser von Häusern umgebener, „weil die freie Natur im Ganzen erfrischend und wohlthätig auf ihn wirkt.“ Chausséen, besonders wenn sie über grosse Ebenen führen (er nennt z. B. die Tempelhofer Chaussée), sind ihm auch äusserst unangenehm. In Elgersburg, wo er sich einer Kaltwasserkur wegen längere Zeit aufhielt, trat das Gefühl gar nicht hervor, da, wie er sagt, der Horizont dort durch die Berge und Schluchten eng begrenzt ist; als er aber einmal bei einer Landparthei auf eine weite Ebene kam, war die Angst sofort wieder da. Auch beim Passiren langer Fronten tritt sie auf, manchmal beim Gange durch die Strassen, vorzüglich wenn dieselben (wie Sonntags) öde und menschenleer sind. Besonders unangenehm wurde ihm die Erscheinung, als er an der Dirschauer Brücke, wo die Bogen eine grosse Spannweite haben, zu thun hatte; wenn er über dieselbe zu gehen genötigt war, so überfiel ihn die höchste Angst, verbunden mit der Furcht er könne irre werden und sich in diesem Zustande über das Geländer in's Wasser stürzen, wobei er auf Befragen ausdrücklich verneint, dass er einen Impuls dazu gefühlt habe; ebenso ging es ihm, als er im ersten Range des Theaters sass. Ein Angstgefühl überfällt ihn auch, wenn er sich in einer grösseren Versammlung befindet, um z. B. einen Vortrag, eine Rede oder dergl. zu hören, wobei der

Gedanke mitspielt, dass er nicht heraus könne. Im Uebrigen ist er für gewöhnlich ganz frei von ähnlichen Zuständen und nur, wenn er den Zufall.kurz vorher gehabt oder sehr daran gedacht und sich damit beschäftigt hat, überfällt ihn auch wohl zu Hause eine gewisse Aengstlichkeit, die er aber leichter unterdrücken kann. Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass jedesmal, wenn er, namentlich bei dem Versuche, einen Platz zu überschreiten, den geschilderten Zustand gehabt hat, er sich den ganzen folgenden Tag matt und abgeschlagen fühlt.

Ueber frühere krankhafte Erscheinungen gibt er Folgendes an: Als Kind litt er einige Zeit lang an anfallsweise auftretenden Zuckungen im rechten Arme, später, gleichfalls in der Kindheit, hatte er zweimal Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen. Den Beginn seines jetzigen Leidens datirt er bis in sein 15. Jahr zurück; es trat damals auf unmittelbar nach dem Anhören einer Vorlesung über Optik. Später verschwand es ganz wieder. In seinem 20. Jahre hatte er einige Male anfallsweise einen schnell vorübergehenden eigen-thümlichen Zustand, der sich durch eine Empfindung im Hinterkopfe charakterisirte, als sei derselbe butterweich, plattgedrückt; eingeleitet wurde diese Empfindung durch ein von den Füssen zum Kopfe aufsteigendes Gefühl von Wärme, das dann, am Kopfe angelangt, in die erwähnte Empfindung überging. Dabei bestand keine Andeutung von Schwindel oder Schwinden des Bewusstseins. In diesem Alter litt er stark an Pollutionen, womit das Leiden wieder begann; später stellte sich Jahre lang anhaltende Schlaflosigkeit ein; der beschriebene Zustand selbst blieb von der genannten Zeit an bis jetzt fortbestehen.

Auf Befragen giebt Patient noch an, als ganz junger Mensch etwas hypochondrisch gewesen zu sein, viele philosophische und medicinische Bücher, auch über Irrsein, gelesen zu haben und fürchtete er damals eine Zeit lang, er könne gleichfalls irrsinnig werden. Das ist jetzt ganz geschwunden. Dagegen ist er leicht aufgereggt, besonders wenn er viel gearbeitet hat und bei besonderen Gelegenheiten, z. B. wenn er sich zu einer neuen Stelle melden soll. Es befällt ihn dann eine gewisse Unruhe und Aengstlichkeit. Einer besonderen Disposition zu zorniger Erregung oder zum Weinen ist er sich nicht bewusst. Anderweitige krankhafte Erscheinungen sind nicht zu ermitteln. Ueber etwaige hereditäre Anlagen finde ich leider keine Notiz mehr; irre ich aber nicht, so gab Patient an, dass eine Schwester epileptisch sei.

Die Uebereinstimmung der Erscheinungen in den vorstehenden drei Fällen ist leicht erkennbar, eine Uebereinstimmung, die sich zum Theil bis auf die geringsten Details erstreckt, z. B. in Betreff der Plätze einer bestimmten Stadt, die beim Ueberschreiten besonders gefürchtet werden. Viel schwieriger ist es, sich eine Vorstellung über die Natur dieser sonderbaren Erscheinung der Platzfurcht zu bilden.

Alle Patienten gaben ausnahmslos und bestimmt an, dass sie absolut keinen Grund für die sie befallende Angst wüssten; sie ist da, von selbst, ein plötzlich auftretendes fremdartiges Etwas, so wie der Platz überschritten werden soll, ja so wie beim Annähern an denselben die Vorstellung des Ueberschreitens auftritt. Mit dem Angstgefühl gleichzeitig, nicht etwa dasselbe begründend, sondern durch einen und denselben Vorgang hervorgerufen, gleichsam als integrirender Bestandtheil des Angstgefühls im Bereiche des Vorstellens, springt der Gedanke in dem Patienten auf, nicht über den Platz hinüber zu können, die Vorstellung (Wahrnehmung?) einer ungeheuren Breite desselben und auch wohl der Gedanke, der zuweilen aber mehr secundär zu sein scheint, es könne ihm, während er sich in dem Zustande der Angst und Verwirrung befände, irgend Etwas zustossen. Ich habe mich vergeblich bemüht, eine nähere Erläuterung des psychologischen Vorganges von den — zum Theil sehr gebildeten — Patienten zu erhalten: sie können eben nur die äusseren Umstände angeben, unter denen der Zustand eintritt, und weiter nichts sagen, als dass die Angst und der Gedanke mit einem Male da sind, psychologisch vollkommen unmotivirt. Ebenso wenig können sie das sonderbare Verfahren erklären, dass sie, wenn sie es z. B. durchgesetzt haben, glücklich bis zur Mitte eines Platzes zu gelangen, lieber umkehren und den Weg zurück machen, als dass sie die noch übrige Hälfte gleichfalls zurückzulegen versuchten. Die erwähnten äusseren Umstände sind im Wesentlichen die gleichen: je weniger eine freie Fläche von Gegenständen unterbrochen ist, desto leichter tritt der Zustand ein; aber auch das Vorbeigehen bei langen Fronten, zuweilen schon das Gehen durch nicht ganz gewohnte oder einsamere Strassen, in den höchsten Graden sogar schon das Zurücklegen eines kurzen bekannten Weges hat dieselbe Wirkung. Gemildert oder zum Verschwinden gebracht wird der Zustand beim Gehen in Begleitung, besonders im Gespräche, beim Anblicke eines daneben fahrenden Wagens, bei dem Erblicken einer offenen Thür in den Häusern einer einsamen Strasse u. s. w. Auch die durch den Genuss von Spirituosen hervorgebrachte Anregung erleichtert die Ueberwindung des qualvollen Zustandes.

Die genannten und in den Beobachtungen selbst ausführlicher in ihren so mannigfachen Variationen berichteten Umstände, durch welche das Angstgefühl hervorgerufen und gemildert resp. beseitigt wird, genügen, glaube ich, um die — auch von den Kranken zurückgewiesene — Vorstellung zu beseitigen, als handle es sich hierbei um irgend ein Analogon des gewöhnlichen Schwindelgefühls; es sei mit Bezug hierauf noch besonders hervorgehoben, dass ein ähnliches Angstgefühl bei einigen Patienten in einem gewissen Zeitraume ihres Leidens auftrat, sobald sie sich mit vielen Menschen in einem grösseren geschlossenen Raume befanden.

Ich habe bereits Eingangs erwähnt, dass mir neuerdings eine fremde Beobachtung bekannt geworden, welcher ein den von mir beschriebenen ähnlicher Fall zu Grunde zu liegen scheint; die Beobachtung gehört Herrn Benedict und ist von ihm unter dem Namen des „Platzschwindels“ mitgetheilt*). Ich möchte wenigstens, obwohl Herr Benedict nur eine kurze Notiz über die Erscheinungen giebt, annehmen, dass es sich um den gleichen Zustand handelt, da der betreffende Kranke gleichfalls breite Strassen oder freie Plätze nicht passiren konnte, während „das Fixiren einer Barrière oder eines den Platz durchschneidenden Wagens“ genügte, das Passiren zu ermöglichen. Abweichend erscheint mir nur, dass Herr Benedict von Schwindel spricht, von dem der betreffende Patient bei dieser Gelegenheit erfasst werde, so dass er entweder hinzustürzen fürchte oder von einer solchen Angst befallen werde, dass er überhaupt nicht wage, eine solche Stelle zu passiren**). Ich glaube indess, es liegt hier wohl ein Missverständniß der Aeusserungen des betreffenden Kranken vor, und würde auch in diesem Falle eine eingehendere Prüfung vielleicht erwiesen haben, dass es sich von Anfang an nicht um ein Schwindel- sondern um ein Angstgefühl handle. Indess hat Herr Benedict, von ersterer Vorstellung eingenommen, eine Erklärung des Phänomens zu geben versucht, die ich hier anführen muss, um sie — wenigstens für die Fälle, welche ich beschrieben — zurückzuweisen. Es ergab sich nämlich bei der Untersuchung der Augen seines Kranken durch Herrn von Stellwag eine

*) Allgem. Wien. Med. Ztg. 1870. No. 40.

**) Herr Benedict sagt, Griesinger habe bei dem Patienten „Platzschwindel“ diagnosticirt und adoptirt das Wort. Ich muss es natürlich dahingestellt sein lassen, ob Griesinger, ebenso wie Herr Benedict, der Ansicht war, dass es sich in dem betreffenden Falle wirklich um Schwindelgefühl gehandelt habe. Ich selbst weiss von keiner Aeusserung Griesinger's über die beschriebene Erscheinung.

auffallende Schwäche in der Convergenzfähigkeit und noch mehr in dem Seitenblickvermögen; der Patient sah schon bei 30° Seitenbewegung die Objekte doppelt, wobei das linke Auge nach aussen abwich und Zuckungen in den Lidern entstanden. Herr Benedict meint, dass dadurch die Ursache des Symptoms (Schwindel), wenn auch nicht vollständig, doch in hohem Grade aufgeklärt sei; er argumentirt dabei folgendermassen: „Bei einfallenden seitlichen Bildern entstehen Impulse auf die Convergenzmuskeln, die beim Gesunden sich in ein gewisses Gleichgewicht mit jenen Impulsen setzen, welche von der Macula lutea aus angeregt werden, und der Gesunde ist sogar im Stande, die erstenen Impulse vollständig zu unterdrücken. Bei den mit Platzschwindel Befahsteten, bei denen die seitliche Convergenzähigkeit leidet, ist offenbar das genannte Gleichgewicht nicht herzustellen und nur, wenn sie durch scharfes, aufmerksames Fixiren — z. B. eines vor ihnen rollenden Wagens — die von den seitlichen Partien der Netzhaut kommenden Impulse auf die Muskeln mit Energie unterdrücken, werden sie Herren über die sonst eintretende Alteration des Muskelbewusstseins. Würde dieser Zustand angeboren sein, ähnlich wie Nystagmus, so würde sich beim Sehenlernen ein, wenn auch nicht gewöhnliches Gleichgewicht des Muskelbewusstseins herstellen. Bei einem erworbenen Zustande ist dies sehr schwer, wie wir von den Augenmuskelparesen her wissen.“

In wie weit diese Argumentation zur Deutung des Phänomens, selbst angenommen, es handle sich wirklich um Schwindel, also um das Gefühl einer Scheinbewegung, verwendet werden könne, vermag ich nicht einzusehen; finden denn etwa Impulse auf die seitlichen Partien der Netzhaut oder Seitenblickbewegungen in engeren Strassen, im Zimmer nicht auch statt? und warum sollen denn die genannten Impulse gerade auf freien Plätzen diese Wirkung haben? Ich kann, wie gesagt, hierin eine Erklärung des Phänomens auch nicht einmal in dem von Herrn Benedict selbst berichteten Falle sehen. Dass diese Deutung aber für die von mir mitgetheilten Beobachtungen absolut hinfällig ist, beweisen in erster Linie einige Angaben der Patienten selbst, die bei näherem Eingehen nicht von Schwindel sondern von Angst sprechen, welche sie befalle, und denen die blosse Vorstellung, sie könnten sich an einen Wagen halten, in ihn einsteigen, das Sicherheitsgefühl wiedergiebt. Das Angstgefühl tritt ferner auf beim Entlanggehen an langen Fronten, geschlossenen Häusern, Abends in einsamen Strassen u. dergl., also auch unter Umständen, wo die von Herrn Benedict als massgebend angenommene Bedingung (ein freier Platz) nicht vorhanden ist, ferner beim Gehen durch ungewohnte Strassen, beim Fahren in fremden Wagen, mit frem-

den Personen, es schwindet bei der Begleitung eines Freundes (vgl. Beobachtung 2), ist von der Furcht vor Irrewerden (Beobachtung 3) begleitet u. s. w. Wenn der Patient unserer dritten Beobachtung u. A. angab, dass ihm die „Unterbrechung der Einförmigkeit“ wohlthue, so ist dies offenbar auch nur als eine psychische Einwirkung anzusehen, und nicht begründet in dem durch „scharfes Fixiren bedingten energischen Unterdrücken der von den seitlichen Partien der Netzhaut kommenden Impulse auf die Netzhaut.“

Die angeführten Thatsachen genügen, glaube ich, um die Auffassung Herrn Benedict's als unhaltbar darzustellen; sie ist wahrscheinlich nur durch eine unvollständige Untersuchung seines Kranken veranlasst. Nichtsdestoweniger habe ich, nachdem mir Herrn Benedict's Fall bekannt geworden, Herrn Leber ersucht, die betreffenden Patienten nach der genannten Richtung zu prüfen. Er hatte die Gefälligkeit, mir folgende Notizen darüber zu geben:

1. Beobachtung. Rechts: Astigmat. hyperm. simpl. $\frac{1}{36}$ (Axe des corrigirenden + cylindr. Glases horizontal). S. circ. $\frac{1}{2}$ XXX Sn. in 15'. Links: Emm., S. normal. Beiderseits associirte Augenbewegungen symmetrisch. Hornhautrand bleibt beiderseits ca. 2 Mm. von der äusseren Commissur entfernt, ebenso nach innen von der Thränencarunkel, Augen etwas prominent. In allen Entfernungen mit abwärts brechendem Prisma genau über einander stehende Doppelbilder, daher keine Spur von Insufficienz der Interni. Leichte Ptosis rechts. Patient hat früher an Augenentzündungen gelitten, wovon aber nichts zurückgeblieben.

2. Beobachtung. Myopie mässigen Grades, nicht genauer bestimmt. Insufficienz der Interni, gleichfalls mässigen Grades, welche aber nur in der Nähe auftritt und bei grösserer Annäherung ziemlich rasch zunimmt; in der Ferne mit abwärts brechendem Prisma dynamisches Gleichgewicht. In $9-10''$ ungefähr 10° dynam. Divergenz, in $5-6''$ schon 18° . In der Ferne werden auch nur schwache Abductionsprismen (9° Basis nach innen) überwunden. Beschwerden der Insufficienz, welche in dieser Weise nicht selten bei Kurzsichtigen auftreten, bestehen jetzt nicht. Früher, vor einer Reihe von Jahren, mässige Asthenopie, gegen welche Gebrauch prismatischer Gläser in der Nähe gute Dienste leistete.

3. Beobachtung. An den Augen findet sich nichts, was auf die fragliche Affektion Bezug haben könnte. Refraktion ist nicht hypermetropisch, rechts Astigmat. hyperop. $\frac{1}{40}$, links Hypermetr. ca. $\frac{1}{40}$, Sehschärfe nicht vollständig normal, ungefähr $\frac{2}{3}$, rechts etwas weniger, wohl durch die optischen Unregelmässigkeiten bedingt. Insufficienz der Interni gar nicht zu constatiren; unter der deckenden Hand weicht das Auge bei Fixation eines nahe gelegenen Gegenstandes kaum oder gar nicht nach aussen. Dem entsprechend ergibt auch die Prüfung mit abwärts brechendem Prisma nur eine dynamische

Divergenz von $2-3^{\circ}$, was als normal anzusehen ist. In der Ferne werden Adductionsprismen von 12° (durch Anstrengung der Interni) und Abductionsprismen von $8-9^{\circ}$ (durch Anstrengung der Externi) überwunden; das Erstere ist zwar etwas wenig, aber sehr viele normale Augen leisten nicht mehr. Die seitliche Beweglichkeit der Augen für die associirten Bewegungen ist gleichfalls normal.

Es ergiebt sich also aus der Untersuchung der Augen, dass bei zwei der Patienten eine Insuffizienz der Interni überhaupt nicht vorhanden, bei dem dritten dieselbe eine geringfügige, ausserordentlich häufig vorkommende und noch dazu nur in der Nähe zur Geltung gelangende war. Die Erklärung des uns beschäftigenden Zustandes durch eine von Insuffizienz der Interni herrührenden Alteration des Muskelbewusstseins wird also, ganz abgesehen von den früher besprochenen Gründen, auch durch diese Untersuchung selbst positiv ausgeschlossen.

Der Vorgang ist offenbar ein rein cerebraler (psychischer), und zwar hat er ebensowenig Analogie mit normalen psychologischen Vorgängen, ist ebensowenig durch diese zu begreifen, wie andere pathologische Gefühlszustände, Affekte, Vorstellungsrichtungen und Willensimpulse.

Von der Gruppe dieser, welche in ihrer Gesamtheit den grössten Theil des Gebietes der sogenannten Geisteskrankheiten darstellen, unterscheidet sich der Zustand der Agoraphobie vor Allem dadurch, dass die Erscheinungen des pathologischen Affekts (der Furcht, Angst) wesentlich an gewisse äusserliche Umstände und Bedingungen geknüpft sind, bei deren Beseitigung sie sofort wieder schwinden — Bedingungen, denen, wie man glauben sollte, an und für sich eine Beziehung zur Erregung von Affekten auch nicht im Entferntesten innewohnt; dagegen fehlen, abgesehen von der vorübergehenden Einwirkung derartiger Umstände und Bedingungen, alle Erscheinungen eines krankhaften Seelenzustandes. Wenn ich von dem Patienten der zweiten Beobachtung angegeben habe, dass er sich eigentlich nie recht natürlich — oder, wie er sich auch ausdrückte — nie recht wohl in seiner Haut fühlt, wenngleich er äusserlich heiter ist, dass er sich gewissermassen in einem halb künstlichen Zustande empfindet, so erscheint dies durch die Natur des Leidens wohl genügend motivirt; auch die Andeutungen von Gedächtnisschwäche und leichter Erregbarkeit sind so geringfügig, dass man sie bei jedem Andern ohne Anstand als in die physiologische Breite des Individuellen fallend betrachten würde. Wollte man aber wirklich etwas Pathologisches darin sehen und darauf Gewicht legen, dass diese Erscheinungen sich erst im Verlaufe des Leidens und mit ihm entwickelt haben — was genau festzustellen schwer möglich war — so muss man doch anerkennen, dass sie im Vergleich mit der eigentlichen Krankheitserscheinung, die eben nur durch die Einwir-

kung ganz bestimmter äusserer Umstände auftritt, gar nicht in Betracht kommen.

In dieser Beziehung unterscheidet sich das in Rede stehende Leid den sehr wesentlich von den psychischen Krankheiten im engeren Sinne, namentlich auch von den bekannten hypochondrischen Zuständen, und habe ich deshalb die Erscheinung als solche besser als „neuropathische“ bezeichnen zu müssen geglaubt. Eine Analogie mit andern bekannten Zuständen aufzufinden bin ich ausser Stande, und von allen den sonderbaren Leiden, welche ich durch Mittheilungen von Kranken ausserhalb der Irren-Anstalten kennen gelernt habe, bleibt das geschilderte weit entfernt. Am ehesten könnte man vielleicht noch eine gewisse Analogie zu der von Herrn Morel*) als *Délire émotif* aufgeföhrten Neurose finden, indem die Lectüre der dort gegebenen Krankheitsgeschichten genügt, um die Verschiedenartigkeit darzuthun.

Ohne Zweifel hat sich der Leser bereits die Frage nach einer Beziehung des Leidens zu epileptischen Anfällen aufgeworfen, da in der zweiten der mitgetheilten Beobachtungen Anfälle beschrieben sind, welche als „epileptische“ vollkommen charakterisiert sind. Indess auch die anderen Fälle weisen darauf hin. Der Patient der dritten Beobachtung hatte als Kind anfallsweise auftretende Zuckungen im rechten Arme, später jedoch, gleichfalls nur in der Kindheit, zweimal Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen; der Kranke des Herrn Benedict besass einen epileptischen Bruder. In unserem ersten Falle ist angeblich weder bei den Verwandten noch bei dem Patienten selbst ein epileptischer Anfall vorgekommen, jedoch leidet er an Anfällen von „Flimmern“; diese bestanden — anscheinend in ganz gleicher Weise (mit Hemiopie) — auch bei dem an ausgesprochenen epileptischen Anfällen leidenden Patienten der zweiten Beobachtung, bei welchem sie von der Zeit an ausblieben, als die Krampfanfälle auftraten. Gewiss liegt die Annahme nahe, dass auch diese, in der Familie des letztgenannten Kranken erblichen, Anfälle von Flimmern ihrer Natur und Bedeutung nach den epileptischen verwandt seien, wobei daran erinnert sein möge, dass ein Mitglied der Familie (Urgrossvater) an einer eigenthümlichen Art von kataleptischen Zufällen gelitten hatte. Folgt man dieser Auffassung, so würde sich bei allen unsren Kranken ein „epileptisches Element“ nachweisen lassen und die Bezeichnung des Zustandes der Agoraphobie

*) *Délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral.* Arch. génér. de Méd. Avril. 1866 u. folgende. Vergl. namentlich die zweite Beobachtung daselbst.

als eines „epileptoiden“ als nicht unbegründet erscheinen. Zur Unterstützung könnte man vielleicht noch die Schilderung gewisser Erscheinungen während des Zustandes der Agoraphobie selbst anführen: es steigt ein Gefühl von Wärme vom Unterleibe nach dem Kopfe in die Höhe und damit tritt die Angst ein — wie Herr N. sagt; oder es entsteht, wie sich der Patient der dritten Beobachtung ausdrückt, sobald er sich einem Platze nähert, ein plötzliches Gefühl von Beklommenheit in der Herzgegend, es ist ihm auch wohl, als packe ihn etwas in der Herzgegend, dann wird er roth und heiß im Gesicht und das Angstgefühl bricht aus, welches zur förmlichen Todesangst werden kann. Wer in der That, der Epileptiker studirt hat, findet in diesen Schilderungen nicht eine gewisse Analogie zu manchen Formen von Aura oder zu den plötzlichen Anfällen tödlichster Angst, denen diese Kranken unterliegen? So gerechtfertigt es daher hätte scheinen können, den von uns geschilderten Zustand als einen epileptoiden zu bezeichnen, so habe ich es dennoch aus einem sehr bestimmten Grunde vermieden. Je länger ich nämlich mit besonderer Aufmerksamkeit das Vorkommen epileptischer und epileptoider Anfälle verfolge, desto mehr drängt sich mir die Thatsache auf, dass diese Anfälle, mögen sie spontan oder — wie es anscheinend nicht selten der Fall — durch geringfügige Veranlassungen hervorgerufen sein, zu den allerhäufigsten Symptomen der verschiedenartigsten psychopathischen und neuropathischen Zustände gehören. Ich will hierbei zunächst den Ausdruck „epileptoid“, wie es neuerdings gebräuchlich geworden, im weitesten Sinne nehmen und darunter auch die mannigfaltigen Variationen der als Petit mal, Eklipsis, Absencen beschriebenen Zustände bis zu den Schwindelanfällen, Anfällen von Flimmern, Schwarzwerden vor den Augen, Migräne u. s. w. — verstehen. Wer nach dieser Richtung hin sorgfältig die Vergangenheit der in den Irren-Anstalten befindlichen Kranken, bei denen dies mit genügender Kritik möglich ist, durchforscht, wird, glaube ich, wie ich frappirt sein über die Häufigkeit des Vorkommens solcher Anfälle; so habe ich es u. A. auch bei den chronisch Verrückten gefunden, bei denen eine derartige Annahme von vornherein vielleicht am wenigsten wahrscheinlich war*). Dasselbe gilt in noch höherem Grade von einer grossen Zahl der allerverschiedenartigsten neuropathischen Zustände, sei es dass

*) Eine Arbeit über diesen Gegenstand hatte auf Grund der in der Klinik gemachten Beobachtungen ein jüngerer College übernehmen wollen; äussere Umstände haben die Ausführung gehindert.

sie ohne oder mit so geringfügigen psychischen Symptomen verlaufen, dass ihre Bezeichnung als „Geisteskrankheit“ unberechtigt ist. Wollte man nun alle diese dauernden geisteskranken und neuropathischen Zustände als solche, nur weil ein oder ein paar Mal im Leben des betreffenden Kranken ein epileptischer oder epileptoider Anfall (in dem angeführten Sinne) vorgekommen ist, ohne Weiteres als epileptoide bezeichnen, so würden fast alle Geistesstörungen und Neuropathieen, so verschiedenartig sie auch sonst in ihren Symptomen sich darstellen*), unter diesen Begriff gebracht werden können; dies ist, meine ich, gewiss nicht wünschenswerth.

Den Lesern dieser Zeitschrift ist es bekannt, dass der verewigte Griesinger in einem leider nicht vollendeten Aufsatze einer anderen Auffassung huldigte. Er bezeichnete Fälle, deren Symptome zunächst an ganz andere pathologische Zustände denken lassen und sich namentlich als Hysterie und Hypochondrie darstellten, als „epileptoide“, in den Krankheitsbegriff der Epilepsie fallende, „wenn auch nur ganz leichte, kurze, also ganz incomplete und zuweilen selbst noch seltene Anfälle beobachtet waren“ — wogegen die Erscheinungen der Hypochondrie, Hysterie u. s. w., also die für die Beobachtung hauptsächlich hervortretenden Symptome als intervalläre von ihm aufgeführt werden, denen eine geringere Wichtigkeit zukomme als dem Hauptleid, der Epilepsie. Ich kann, wie gesagt, diese Anschauung nicht theilen, nachdem ich gesehen habe, wie allgemein verbreitet bei allen, in ihrer Ätiologie und Entstehung, ihrem Verlaufe und ihrer Prognose ganz verschiedenartige Formen von Geisteskrankheiten und Neuropathieen solche Anfälle vorkommen. Auf der andern Seite findet man manchmal gerade bei den von Griesinger gemeinten Zuständen trotz sorgfältigster Nachforschung nichts, was als epileptoider Anfall, selbst bei der weitgehendsten Interpretation, gedeutet werden könnte.

Uebrigens hat Griesinger selbst das Missliche, den Begriff der Epilepsie und der epileptoiden Zustände in der Weise zu erweitern,

*) Durch Herrn Leber bin ich mit einer eigenthümlichen Form von Entzündung des Sehnerven bekannt geworden, welche bei Mitgliedern neuropathischer Familien — zuweilen bei mehreren Geschwistern — vorzukommen pflegt. Ich habe einige dieser Patienten (die frei von allen psychischen Symptomen waren) mit Herrn Leber gemeinschaftlich behandelt und hier gleichfalls das Vorkommen epileptoider Anfälle constatirt. Selbstverständlich ist in den betreffenden Fällen nicht, wie ich jedoch noch ausdrücklich hervorheben will, von gröberen, palpablen Hirnerkrankungen die Rede, auch nicht von Rückenmarksleiden. Im Uebrigen verweise ich auf die von Herrn Leber über die Krankheit zu erwartenden Mittheilungen.

wie es von ihm geschehen, wohl gefühlt, indem er mit Recht anführt, dass man so vielleicht noch in Gefahr käme, durch eine un wesentliche Namengebung über das Wesen so dunkler und wenig bekannter Vorgänge zum Nachtheile der Sache zu präjudiciren. Wenn er nichtsdestoweniger daran festhielt, so geschah es, weil es ihm nothwendig schien, eine Reihe von Zuständen, die in der Pathologie so gut wie keine Stelle haben und pathologisch-diagnostisch bis jetzt zum Theil geradezu in der Luft stehen, an etwas Bekanntes anzureihen, „zu dem sie unzweifelhaft gehören“. Wäre es ihm vergönnt gewesen, seine Untersuchungen weiter auszudehnen und hätte er nicht gerade vorzugsweise bei gewissen Zuständen, die ihn ihrer Eigenthümlichkeit und Unbekanntheit wegen zunächst besonders interessirten, nach diesen Anfällen geforscht, so würde er wahrscheinlich die von mir behauptete Thatsache gleichfalls constatirt und demgemäss doch grössere Bedenken gehabt haben.

Auf vielfältige Beobachtungen gestützt behauptet ich also, dass die sogenannten epileptoiden Anfälle eines der allgemeinsten und häufigsten Symptome — wie der Kopfschmerz, die Neuralgien (im Sinne mancher Neuerer) u. s. w. — in der Gruppe von Erkrankungen bilden, die wir zu den Geisteskrankheiten und Neuropathieen rechnen, und dass weder für den Charakter und die Form der Erkrankung noch für ihren Verlauf und ihre Prognose das blosse Vorhandensein eines oder mehrerer epileptischen oder epileptoiden Anfälle massgebend ist. Wenn daher Griesinger die Auffassung ausspricht, dass manche vermeintlichen Hypochondristen und Hysterische — wenn auch nur ganz unbedeutende Anfälle (von Schwindel etc.) und noch dazu selten an ihnen beobachtet sind — in der That und Wahrheit Epileptiker seien, solche Epileptiker mit sehr starken intervallären Symptomen und sehr leichten und unvollständigen Anfällen, so bin ich der Ansicht, dass er hier einem einzelnen Symptom auf Kosten von anderen eine Bedeutung beilegt, welche ihm nicht zukommt.

Den Begriff des Epileptoiden habe ich hierbei für den Anfall selbst, wie erwähnt, im weitesten Sinne gebraucht. Auch darüber kann gestritten werden. Unzweifelhaft haben alle diese für die äussere Erscheinung so differenten Anfälle von Migräne, Flimmern, Schwarzwerden vor den Augen, Schwindel, Bewusstlosigkeit u. s. w. bis zum ausgebildeten epileptischen Anfälle oder zu plötzlichen Angstzuständen und krankhaften Willensimpulsen, eine gewisse Verwandtschaft; so thut u. A. auch der zweite der berichteten Fälle die Beziehung des klassischen epileptischen Anfalles zu den Anfällen von

blossem „Flimmern“ auf das Evidenterste dar. Indess ist es, glaube ich, auch hier, nachdem man einmal auf diese Beziehungen aufmerksam geworden, für das Studium der Krankheitserscheinungen und ihres Verlaufes, so wie für die Erforschung der verschiedenartigen zum Grunde liegenden cerebralen Vorgänge fruchtbarer, zu sondern als sich bei der Verallgemeinerung des Begriffes des epileptischen oder epileptoiden Anfalles einfach zu beruhigen. Nach diesen Erörterungen wird es daher nur folgerichtig erscheinen, dass ich der in Rede stehenden Erscheinung eine, das in die Augen fallendste Symptom andeutende, Nichts präjudicirende Bezeichnung gegeben habe. Es wird gut sein, zunächst derartige sonderbare Phänomene wie das beschriebene, genau zu analysiren und ihre Beziehungen nach allen Richtungen hin festzustellen, um später zu allgemeineren Gesichtspunkten zu gelangen.

Es bleibt mir noch Einiges über Aetiologie, Entstehung, Verlauf, Prognose und Behandlung der besprochenen Krankheitsfälle zu sagen übrig. Eine hereditäre Prädisposition zu Nervenaffektionen ist in der zweiten Beobachtung in ausgezeichneter Weise zu constatiren; in den beiden andern Fällen lässt sie sich nicht nachweisen, dagegen ist in dem ersten noch die Asymmetrie beider Körperhälften bemerkenswerth. Andere ätiologische Momente fehlen und möchte ich einen mässigen Grad von Onanie, die einer der Patienten eingestandenermassen früher getrieben, nicht hierher rechnen. Die Entstehung der Erscheinung war in zwei Fällen eine plötzliche, einmal bei Gelegenheit eines Spazierganges in's Freie, das andere Mal nach dem Anhören einer Vorlesung über Optik. In dieser Beziehung besteht eine Analogie mit gewissen psychopathischen Zuständen: es giebt Patienten, bei denen krankhafte (zwangsauf-tretende) Vorstellungsreihen, dauernde subjektive Sensationen, Gefühls-anomalien, Impulse zu Handlungen oder Hemmungen solcher, zuerst durch einen plötzlichen Sinneseindruck hervorgerufen werden; sonst aber unterscheiden sich diese Zustände schon durch das ununterbrochene Vorhandensein krankhafter psychischer Symptome sehr wesentlich von unserm Leiden. Eine Weiterentwicklung zu schwereren Formen scheint, so weit sich bis jetzt übersehen lässt, nicht statzufinden, die Erscheinung vielmehr als alleiniges Symptom auf psychischem Gebiete mit wechselnder Intensität, mit Remissionen und Exacerbationen, zuweilen mit Intermissionen (3. Fall), während eines grossen Theil des Lebens (durch das ganze Leben?) ziemlich unverändert fortzubestehen. In therapeutischer Beziehung kann ich nicht viel darüber mittheilen: der Versuch, die Willenskraft der Patienten zu benutzen, welche im Uebrigen beträchtlich entwickelt sein kann, misslingt, und

blieb ein systematisches darauf abzielendes Verfahren — dem Patienten wurde die Aufgabe gestellt, täglich die gefürchteten Punkte zu überschreiten — ohne Erfolg. Die von allen Patienten gemachte Erfahrung, dass Genuss von Wein, Bier u. dergl. zur Beseitigung oder Milderung des Zustandes beiträgt, lässt sich therapeutisch nicht wohl verwerthen. Dagegen wollten die Patienten bald bei dem Gebrauche dieses, bald jenes Mittel — ich nenne u. A. Kalium bromatum — Erleichterung gehabt haben, ohne dass ich diesen Aeusserungen einen besonderen Werth beizulegen vermochte; dasselbe muss ich von dem constanten Strome sagen, den ich in verschiedener Weise auf den Hals (Sympathicus?), Kopf und obersten Halswirbel angewandt habe. In einem, hier nicht mitgetheilten, Falle verschwand die Erscheinung, nachdem sie einige Zeit bestanden, von selbst für immer.

In den vorstehenden Beobachtungen habe ich als besonders auffallend hervorgehoben das isolirte, nur unter bestimmten äusseren Umständen stattfindende Auftreten eines psychischen Symptoms in einer ihrer Natur nach unbekannten, allgemeinen Neurose. Ich will indess nicht unterlassen, hierbei gewisser anderer Fälle Erwähnung zu thun, welche allgemeine und dauernde psychische Anomalien darboten, und gleichzeitig eine ähnliche Erscheinung, wie die beschriebene. Einen derartigen Fall führe ich zur Erläuterung kurz an. Derselbe betraf einen 39jährigen, sehr thätigen Kaufmann, von dem man auf Befragen erfährt, dass er vor acht Jahren während des Abendessens einen Anfall von Ohnmacht gehabt, wobei er vom Stuhle sank; die Bewusstlosigkeit dauerte nur einige Augenblicke. Vor vier Jahren bekam er ganz plötzlich, während er mit Schreiben beschäftigt war, einen Anfall heftiger Angst und Beklemmung in der Magengegend, so dass er auf die Strasse laufen musste. Von diesem Augenblicke an datiren seine Klagen über allerlei abnorme, wechselnde Sensationen, die bald hier bald dort sich lokalisiren; und über eine gewisse Aengstlichkeit nach verschiedenen Richtungen hin; bald gerieth er in Angst, wenn seine Frau sich nur wenige Schritte von der Wohnung entfernte; bald plagte ihn die Angst, er könne bestohlen werden und liess er sich deshalb einen ganz besonderen Geldschrank machen, bald fürchtete er, es könne ihm selbst etwas passiren, er könne einen Schlaganfall bekommen u. dergl. m. Derartige Befürchtungen gingen in's Unendliche und wechselten oft; stets aber war er sich im Grunde des Thörichten seiner Angst bewusst, wiewohl er gänzlich davon be-

herrscht wurde. Seit etwa zwei Jahren hat sich namentlich eine Angst vor dem Alleingehen in den Strassen dazu gesellt; anfangs war ihm dies absolut unmöglich, jetzt versucht er es zuweilen, indess überfällt ihn dabei ein nagendes Gefühl in der Magengegend, eine Angst, er fühlt eine Lähmung der Arme und Beine, als ob er sich nicht rühren könne, es ist ihm, als würde er umsinken; er tritt dann wohl in ein Haus, macht allerlei Manoeuvres, wodurch der Zustand aber immer schlimmer wird und winkt sich endlich einen Dienstmännchen, der neben ihm gehen muss oder er setzt sich in eine Droschke. Bei seinem täglichen Gange nach der Börse lässt er sich von einem kleinen Jungen begleiten; auch so überfällt ihn zuweilen, wenngleich nicht so leicht, das nagende Gefühl und die Angst. Im Freien ist ihm wohler, da er sich dort, wenn das Gefühl kommen sollte, „auslaufen“ kann. Täglich fährt er in einer Droschke nach dem Brandenburger Thor und geht dann allein im Thiergarten spazieren.

Von seinem Leiden spricht er dem Arzte viel und gern und kommt immer wieder auf die Frage zurück, ob ihn nicht einmal ein Nervenschlag treffen würde; er macht dabei mehr den Eindruck eines zudringlichen Fragers, der auf die Antwort, die man ihm giebt, kaum achtend, im nächsten Augenblick die gleiche oder ähnliche Fragen stellt. Alles dreht sich bei ihm um seine eigenen Empfindungen und Vorstellungen, der bevorstehende Tod seiner Frau beunruhigt ihn nur wegen der Wirkung, die er auf ihn und seinen Zustand haben könnte.

Hier handelt es sich also um einen wirklichen hypochondrischen Zustand mit entsprechenden allgemeinen und dauernden psychischen Anomalien, von denen die Erscheinung, welche der Agoraphobie etwa an die Seite gesetzt werden könnte, nur einen Theil bildet. In dieser Beziehung möchte ich daher Fälle wie den zuletzt mitgetheilten ausdrücklich von den oben geschilderten getrennt wissen, so nahe verwandt auch beide Formen der Erkrankung sein mögen.