

## XIX.

Aus der psychiatrischen Klinik der Charité.

(Prof. Westphal.)

### **Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der „gemischten (sensorisch-sensiblen) Anästhesie“ bei Geisteskranken.**

Von

**Dr. R. Thomsen,**

erstem Assistenten der psychiatrischen Klinik.

~~~~~

Im Jahre 1884 ist in diesem Archiv eine gemeinsame Arbeit von Oppenheim und mir veröffentlicht worden, welche das Vorkommen und die klinische Bedeutung der „sensorischen Anästhesie“ bei Erkrankungen des Centralnervensystemes\*) behandelte und in welcher wir die Ergebnisse unserer bezüglichlichen Untersuchungen an Epileptischen, Hysterischen, sowie ferner an Kranken, welche andersartige functionelle oder organische Erkrankungen des Centralnervensystems darboten, niedergelegt haben.

Wir hatten ursprünglich die Absicht, auch unsere Beobachtungen über das Vorkommen des besprochenen Symptomencomplexes bei Psychosen (auf nicht hysterischer und epileptischer Basis) mitzuthemen. „Die Rücksicht auf die Ausdehnung der Arbeit sowie die derzeitige Unmöglichkeit, die einzelnen Fälle unter gemeinsame Gesichtspunkte zu bringen, haben uns veranlasst, davon Abstand zu nehmen und die Veröffentlichung einer späteren Zeit vorzubehalten“. (Bd. XV. Heft 3. S. 656. Anm.) Die nachfolgenden Mittheilungen sind dem Wunsche entsprungen, die angedeutete Lücke auszufüllen.

---

\*) Dieses Archiv Bd. XV. Heft 2 und 3.

Das Material, welches mir zur Zeit der Veröffentlichung unserer gemeinsamen Arbeit zu Gebote stand, war gesammelt auf der weiblichen Irrenabtheilung der Charité und waren die bezüglichlichen Fälle in der That theilweise wenigstens so zweideutig, dass ich damals von einer Besprechung zurückschreckte, um so mehr, da gerade bei dem weiblichen Material der Einwand, dass es sich um Hysterie und damit um nichts wesentlich Neues handele, vorauszusehen und schwer zu beseitigen war.

Es ist mir später die Gelegenheit nicht geworden, weitere einschlägige Beobachtungen bei Frauen zu machen, dagegen habe ich allmählig 18 Fälle von „gemischter Anästhesie“\*) bei Männern gesammelt, welche das Material der folgenden Mittheilungen bilden.

Von dem weiblichen Material habe ich mit Rücksicht auf den obigen Einwand ganz abgesehen.

Was unter der Bezeichnung „gemischte Anästhesie“ zu verstehen ist, bedarf wohl nur einer Hinweisung — immer ist damit gemeint ein typischer Symptomencomplex, gebildet aus einer Abstumpfung der Hautsensibilität (bis zum Erlöschen derselben) in allen oder mehreren Qualitäten, gleichgültig, ob diese Anästhesie doppelseitig, halbseitig oder fleckweise auftritt, und ob sie stationär oder vorübergehend ist und einer gleichzeitigen (ebenso wechselnd angeordneten) Abstumpfung der Function der Sinnesorgane (Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack) mit oder ohne gleichzeitige Beeinträchtigung des Farbensinns und des sogenannten Muskelsinns.

Unter der Bezeichnung des Titels: „Geisteskranke“ sind zusammengefasst sowohl vorübergehende wie dauernde, idiopathische wie transformirte Geistesstörungen im weiteren Sinne des Wortes, wie das aus dem Folgenden noch klarer hervorgehen wird.

Manche jener Bedingungen und Verhältnisse, unter denen wir auch bei nicht Geisteskranken, wie sie den grössten Theil des von uns bereits mitgetheilten Materials umfassen, das Vorkommen der gemischten Anästhesie beobachtet haben, finden sich auch in meinem Material wieder und sollen demgemäss die Fälle, welche bereits Bekanntes enthalten, nur summarisch mitgetheilt werden, während andere ein eingehenderes Interesse verdienen — es sei hier nur erwähnt, dass ein kleiner Theil der Beobachtungen (3) bereits, wenn auch

---

\*) Ich ziehe die Bezeichnung „gemischte“ (sensorisch-sensible) Anästhesie statt einfach „sensorischer Anästhesie“ vor, da dieselbe den Symptomencomplex schärfer bezeichnet und weniger zu Missdeutungen Veranlassung giebt.

unter anderem Gesichtspunkte, in unserer gemeinsamen Arbeit Erwähnung gefunden hat.

Die Rubricirung der 18 Fälle unter bestimmte Categorien erscheint sehr schwierig, da, welche Methode man wählen möge, fast immer mehrere der den einzelnen Rubriken angehörigen Factoren sich in den Krankengeschichten wiederfinden. In allen Fällen aber bestand eine mehr oder weniger ausgesprochene Geistesstörung von verschiedener Dauer, die Zeit von Stunden bis zu Jahren umfassend und fast immer war die Geistesstörung die Veranlassung der Aufnahme in die Irrenabtheilung.

Die Geistesstörung ist das allen Beobachtungen Gemeinsame und wenn, wie sich herausstellen wird, es andere, von der Geistesstörung relativ unabhängige, Momente sind, welche das Vorhandensein der „gemischten Anästhesie“ erklären resp. bedingen, so unterscheidet eben die Combination mit ausgesprochener Psychose die folgenden Fälle von den in der angezogenen Arbeit mitgetheilten.

Ich habe die Fälle aus Gründen, die später zu entwickeln sein werden, in drei Gruppen untergebracht.

## I. Gruppe.

### 1. Hutz, 28 Jahre.

Patient ist starker Potator, hat ein Delir. potat. durchgemacht, leidet seit lange an Epilepsie. Sehr schwachsinniger, meist depressirter, aber leicht reizbarer Mensch.

Gesichtsfeld: 10—20°. Sensibilität herabgesetzt, ebenso Gehör.

Geruch, Geschmack, Farben- und Muskelsinn intact. Anästhesie des sagittalen Streifens der Kopfhaut\*). Ein Magnetversuch wurde nicht angestellt.

### 2. Gompf, 40 Jahre.

Patient, von jeher Potator und lange epileptisch, war schon 1874 demens, beging 1883 einen Diebstahl, wobei der Blödsinn gerichtsseitig (und als strausschliessend) erkannt wurde.

Gesichtsfeld links 20—25, rechts 30—35° mit Defect der oberen Gesichtsfeldhälften.

Farbensinn rechts normal, links Achromatopsie.

Gehör, Geruch, Geschmack abgestumpft, Muskelsinn beiderseits gestört. Cutane Sensibilität allgemein herabgesetzt. Kein Magnetversuch\*\*).

### 3. Görl, 46 Jahre, Schmied.

Patient bis 1870 gesund, erkrankte damals im Feldzuge geistig (wie,

---

\*) cfr. Thomsen und Oppenheim l. c. Beob. 17.

\*\*) cfr. ibid. Beob. 19.

ist nicht bekannt) und leidet seitdem an einer chronischen Verrücktheit mit intercurrenten hallucinatorischen Exacerbationen.

Er glaubt, man habe ihm das eiserne Kreuz und eine Civilstellung versprochen, die Militärbehörden aber geben ihm sein Recht nicht, trotz zahlreicher Eingaben, stossen ihn im Lande herum, sperren ihn in Irrenanstalten ein; er verdankt das alles den Chicanen seines damaligen Majors, jetzt will er zum Kaiser. Patient ist dabei (wohl schon früher) arger Potator, trinkt  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  Liter Nordhäuser täglich, hat vorübergehend epileptische Anfälle gehabt.

Seit langer Zeit hört er ausserdem Stimmen, die meist nur unbedeutend, intercurrent so massenhaft und beängstigend werden, dass Patient alle Haltung verliert, man spricht von Mordthaten, die er begangen haben, und für die er jetzt hingerichtet, erschossen werden soll. Gesehen hat er nie Jemanden. „Ich glaube selbst nicht daran, die Aerzte sagen ja, es sei Geisteskrankheit, aber ist es zu toll, dann glaube ich daran!“

Patient kommt im hallucinatorischen Angstanfall, verwirrt und zitternd wie ein Delirant zur Abtheilung, beruhigt sich aber alsbald und zeigt dann nur das Bild einer ziemlich starken reizbaren Demenz. Er bietet körperlich nichts Besonderes.

Gesichtsfeld rechts 30—40°, links 50—55°.

Farben rechts nur central erkannt, links 5—10°. Achromatopsie für Grün auf beiden Augen.

Gehör, Geruch, Geschmack beiderseits herabgesetzt, besonder rechts, Muskelsinn? Die Sensibilität der Haut ist normal, nur besteht eine totale Analgesie der behaarten Kopfhaut. Kein Magnetversuch.

4. Schmidt, 40 Jahre, Tafeldecker.

Patient wird wegen Aufregungszuständen und Suicidalversuchs eingeliefert, ist aber bereits wieder ganz geordnet.

1876 verlor er sein Vermögen, ergab sich dem Trunke, trinkt viel Schnaps. Einige Jahre später epileptische Anfälle mit Zungenbiss.

Seit einigen Tagen deliriumartige Träume, dann tobsüchtige Erregung, in der er zertrümmerte und sich zu erhängen versuchte. Seit langer Zeit trübe Stimmung, Lebensüberdruß.

Somatisch bietet Patient sonst nichts Besonderes, ausser Alkoholercheinungen (Vomitus, Tremor, Aufschrecken etc.) klagt er über allerlei nervöse Beschwerden: Ohrensausen, Augenflimmern, Herzklopfen, aufsteigende Hitze, zuckende Empfindungen in der rechten Seite, sowie über psychische Reizbarkeit und Vergesslichkeit. Keine Kopfschmerzen.

Nach Angabe der Frau traten die Anfälle von Aufregung resp. Depression, die mit vermehrtem Trinken und Krämpfen einhergehen, ursprünglich periodisch und selten auf, sind aber in den letzten Jahren fast continuirlich geworden. Ausserhalb der „Anfälle“ sei Patient ein verständiger ruhiger Mann.

Gesichtsfeld für weiss links kaum, rechts wenig, für Farben dagegen links mässig, rechts erheblich eingeschränkt. Dabei werden die Farben links gut

erkannt, rechts aber verkehrt bezeichnet (roth = gelblich, grün = gelb).  
Kein centrales Scotom.

Gehör, Geruch, Geschmack links gut, rechts erheblich herabgesetzt.

Muskelsinn links gut, rechts gestört — rechter Arm schwächer als der linke. Die Hautsensibilität ist in Gestalt einer unregelmässigen Hemianästhesie (cfr. Fig. I.) gestört, d. h. es werden Berührungen, Nadelstiche etc. auf der

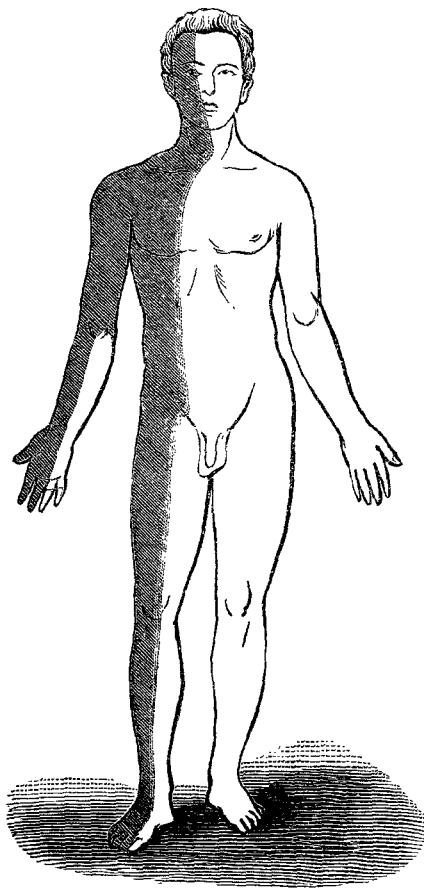


Fig. I.

ganzen rechten Körperhälfte weniger empfunden als links. An dieser Hypästhesie nimmt auch die Cornea, das Nasenloch und der Gehörgang rechts Theil sowie die rechte Zungenhälfte. Die Grenze der Hemianästhesie liegt aber keineswegs in der Mittellinie, sondern verläuft ein gutes Stück lateral nach rechts gelegen, während überdies am Vorderarm resp. Bein die Anästhesie sich in der Weise gabelt, dass die ulnare resp. äussere Seite (scil. des

Beines) anästhetisch ist, während die radiale resp. innere gut fühlt. Das Verhalten der Sensibilität ist auf der Hinterseite ein analoges.

Nach Anlegung des Magneten trat eine Aufhellung der Anästhesie auf, derart, dass die Sensibilität fast gleich derjenigen der anderen Seite war (besonders deutlich im Gehörgang). Auch das Gehör hatte sich gebessert. Kein eigentlicher Transfert. Das Verhalten des Gesichtsfeldes ist leider nicht geprüft.

Am anderen Tage war der Status quo wieder hergestellt, ein spontanes Schwanken der Anästhesie wurde nicht constatirt, dieselbe blieb stationär. Patient wurde nach einiger Zeit psychisch und nervös beträchtlich gebessert entlassen.

5. Becker, 30 Jahre, Handschuhmacher.

Patient, erblich belastet, hatte als Kind Schwindelanfälle. Arbeitete viel mit Bleiweiss und erkrankte 1881 an „Bleikolik“ — wie der Arzt sagte. 14 Tage später complete Lähmung aller Extremitäten (?) d. h. Patient war ganz steif, musste mit Gewalt in Knie und Becken gebeugt werden. Dabei Schmerzen und Schluckbeschwerden. Nach einigen Tagen statt der Steifheit Schwäche, nach weiteren 8 Tagen Genesung.

Geistig will er dabei ganz klar gewesen sein. Seitdem leidet er an Krämpfen und an einer allmähig zunehmenden Reizbarkeit und Gedächtnisschwäche.

Patient trinkt viel Bier, aber unregelmässig Schnaps.

Patient ist ein blasser Mann ohne besondere somatische Abweichungen, Zunge ohne Biss. Er klagt viel über Kopfschmerz, Herzklopfen, Zittern, Beängstigung und ähnliche nervöse Erscheinungen.

Er wurde monatelang beobachtet und zeigte heftige Krampfanfälle mehr hysterischen wie epileptischen Charakters, bei denen die Pupillen reagirend gefunden wurden.

Nach den Anfällen zeigte er gereizte Verwirrtheit, ausserhalb derselben anfangs reizbare Demenz, später lebhaftere Verfolgungsideen, bedingt durch Gehörstäuschungen beleidigenden resp. beeinträchtigenden Inhaltes, die er auf die Umgebung bezog. Zuweilen gerieth Patient über die vermeintliche schlechte Behandlung so in Wuth, dass er schäumte, am ganzen Leibe zitterte und in Krämpfe verfiel.

Diese paranoische Erregung, welche so erheblich war, dass Patient wochenlang unter den Unruhigen gehalten werden musste, trat gegen Ende der Beobachtung zurück und zeigte Patient dann ein harmlos gutmüthiges, ziemlich schwachsinniges, leicht reizbares und verletzliches Wesen. Er wurde gebessert entlassen.

Patient zeigte fast während der ganzen Behandlung ein auffallendes Verhalten der Sensibilität.

Gesichtsfeld für gewöhnlich rechts normal, links für weiss und Farben erheblich eingeschränkt — nach einem Anfall concentrische Gesichtsfeldeinengung auch rechts. Farbensinn rechts normal, links erkennt Patient die Farben schwierig, bezeichnet sie oft falsch.

Gehör, Geruch, Geschmack rechts gut, links aufgehoben.

Muskelsinn links gestört, ataxieartige Bewegungen bei geschlossenen Augen, kleine Gegenstände werden durch Betasten nicht erkannt. Rechts alles normal.

Die motorische Kraft der linksseitigen Extremitäten, die leicht zittern, ist herabgesetzt.

Es besteht eine totale und complete Hemianästhesie scharf in der Mittellinie abschneidend, alle Gefühlsqualitäten sind, wenn auch nicht ganz aufgehoben, so doch beträchtlich herabgesetzt.

Auf Anlegung des Magneten (oder einer Imitation aus Blei) erfolgt nach ca. 10 Minuten ein completer Transfert — die linke Seite wird ästhetisch, die rechte anästhetisch. Zehn Minuten später hat sich das alte Verhältniss bereits wieder hergestellt. Patient schläft bei Application des Magneten leicht ein.

Zu einer Zeit, wo die Aufregungszustände und die Krämpfe am heftigsten waren, trat plötzlich eine spontane regionäre Wiederkehr der Sensibilität an Kopf, Zunge, Nase ein, während die Arme und andere Körpertheile zu nächst noch anästhetisch blieben. Geschmack, Geruch, Gehör zeigten eine gleiche Besserung, während Muskelsinn und Farbensinn sich unverändert erwiesen. Auch die motorische Schwäche der linken Seite verschwand.

In diesem abgeschwächten Zustande verblieb die Hemianästhesie dann bis zur Entlassung.

## II. Gruppe.

6. Ehrlicke, 32 Jahre, Kutscher.

Patient fiel 1875 zwei Stock hoch herab, leidet seit unbestimmter Zeit an epileptischen Krämpfen, trinkt stark.

Seit 1882 Anfälle von postepileptischen hallucinatorischen Delirien. Intervallär: Kopfschmerz, Flimmern, Ohrensausen, Unruhe. Patient ist ein schwachsinniger, reizbarer Mensch.

Gesichtsfeld links 25—30°, rechts 35—40°. Sehschärfe besonders links herabgesetzt. Farbensinn rechts gut, links werden die Farben nur bei starker Annäherung erkannt, die dunkleren Nuancen alle für schwarz erklärt.

Geruch und Geschmack völlig erloschen, Gehör besonders links herabgesetzt.

Muskelsinn beiderseits deutlich gestört.

Analgesie der gesamten Körperoberfläche ohne deutliche Differenz zwischen rechts und links.

Später spontane Erweiterung des Gesichtsfeldes, zugleich Besserung des Gehörs, die übrigen Sensibilitätsstörungen blieben die gleichen. Ein Magnetversuch wurde nicht angestellt\*).

7. Dohrmann, 35 Jahre, Schlosser.

Patient bis zum 20. Jahre gesund, fiel damals — er war Acrobat — zwei Stock hoch vom Trapez mit dem Hinterkopf auf eine Stuhl-

---

\*) cf. Thomsen und Oppenheim l. c. Beob. 18.

lehne, blieb  $1\frac{1}{4}$  Stunde bewusstlos, erwachte mit Kopfschmerz und Uebelkeit — sonst damals keine Erscheinungen. Erst 5 Jahre später bekam er Schwäche- und Schwindelanfälle, Kopfweh, Doppelsehen, Druck im Hinterkopf, Flimmern, aufsteigende Hitze, Beklemmung, Aengstlichkeit. Diese Zustände traten anfallsweise auf, zuweilen complicirten sie sich mit Gesichtshallucinationen und Verfolgungsideen, die ausserhalb des Anfalles fehlten. Nach Angabe der Frau hat seine Arbeitskraft und sein Gedächtniss so abgenommen, dass er zuweilen alles verkehrt macht, auch stellen die obigen Anfälle zuweilen — nach Alkohol! — geradezu Tobsuchtsanfälle mit Neigung zu Gewaltthätigkeit dar. Ausserdem bemerkte die Frau eigenthümliche zitterartige Krampfanfälle.

Patient ist ein blasser, etwas schwächtiger Mann. Somatisch ausser der Sensibilitätsstörung am Hinterkopf eine haselnussgrosse Exostose, Druck auf dieselbe ruft Ohrensausen hervor. Kein Zungenbiss, geringer Tremor.

Psychisch zeigt Patient ein scheues, leicht deprimirtes, hypochondrisches, aber stets gleichmässiges Wesen, nervös bestehen die oben angeführten Beschwerden.

In der Anstalt wurden eigenthümliche, stark an die Krämpfe Hysterischer erinnernde Anfälle mit hallucinatorischer Verwirrtheit beobachtet, in denen die Pupillenreaction erhalten, das Bewusstsein höchstens getrübt war. Diese Anfälle liessen sich anfangs auch durch Druck auf die Scheitelhöhe hervorrufen und durch bezügliche suggestive Bemerkungen in ihrem Umfang modificiren, später war dies nicht mehr der Fall.

Das Gesichtsfeld zeigt beiderseits eine starke, fast gleiche concentrische Gesichtsfeldeinengung für weiss ( $25-30^\circ$ ) und besonders für die Farben ( $4-8^\circ$ ), ohne Dyschromatopsie bei normaler Sehschärfe, das Gehör ist stark herabgesetzt, Geruch und Geschmack dagegen gut.

Muskelsinn gut. Die Sensibilität der Haut ist überall normal, nur zeigt ein handbreiter Streifen der Kopfhaut im Verlaufe der Pfeilnaht eine fast völlige Unempfindlichkeit. Das Verhalten der Sensibilität war während der ganzen Beobachtungsdauer ein fast stationäres.

Die concentrische Gesichtsfeldeinengung blieb dieselbe, auch als sich das Befinden des Patienten wesentlich gebessert hatte. Ein Magnetversuch wurde nicht gemacht.

8. Bork, 35 Jahre, Arbeiter.

Patient war gesund bis 1881, wo er 36 Meter (3 Stock) hoch vom Bau fiel auf den Kopf — war lange bewusstlos, zeigte keine Lähmungserscheinungen, wohl aber die Symptome der „Gehirnerschütterung“ und rechtsseitige Krämpfe. Etwas später häufige allgemeine epileptische Anfälle. Drei Monate nach der Verletzung Trepanation des rechten Scheitelbeines — kein Erfolg.

Seit der Kopfverletzung ist Patient starker Potator (40 Pf. Nordhäuser täglich), vorher trank er nicht. Seit der Verletzung ist Patient psychisch und nervös verändert: er ist vergesslich, sehr reizbar, hat Angstempfindungen, ängstliche Träume, zuweilen Sinnestäuschungen, ausserdem Kopf-



und Rückenschmerzen, Flimmern, Funkensehen. Geschmacksparästhesien, Zittern. In der Anstalt ist Patient meist ruhig, zeigt ein recht dementes Wesen, ist aber leicht erregt, klagt allerlei hypochondrische Beschwerden, die er auf Rückenmarksdarre in Folge früherer Onanie zurückführt. Gelegentlich Verfolgungsideen, hört beleidigende Stimmen, droht mit Suicidium.

Ausser epileptischen Krampfanfällen Anfälle von allgemeinem Zittern mit Kopfschmerzen und Angst. Auf dem rechten Tuber parietale findet sich eine tiefe runde Knochendepression, die druckempfindlich ist und welche Patient durch eine Pelotte schützt.

Gesichtsfeld rechts 25—30°, links 30—50° für weiss, Farbenkreise entsprechend. Keine Farbensinnstörung.

Das Gehör ist links, Geruch und Geschmack dagegen rechts herabgesetzt, der Muskelsinn ist rechts gestört.

Die grobe Kraft ist links auf der ganzen Seite besser.

Es besteht eine deutliche, aber wenig tiefe Hemianaesthesia dextra für alle Gefühlsqualitäten, die Trennungslinie liegt annähernd median, die Schleimhäute sind an der Anästhesie theilhaftig.

Indessen ist das Verhalten der Hemianästhesie ein sehr schwankendes: bald deutlich nachweisbar, fehlt sie zu anderen Zeiten complet, während doch die Störungen der Sinnesorgane, die freilich auch wechseln, noch vorhanden sind.

Ein Magnetversuch wurde nicht gemacht.

9. Becke, 43 Jahre, Arbeiter.

Patient war ganz gesund bis 1880, damals fiel ihm eine schwere Leiter auf den Kopf. Er war längere Zeit bewusstlos, phantasirte, war wochenlang bettlägerig. Seitdem ist er verändert, er ist vergesslich, macht sich trübe Gedanken, eine Charakteränderung hat er nicht bemerkt. Später bekam er Krämpfe, die sich seitdem oft wiederholt haben.

Patient trinkt stark und zwar seit 1880 in zunehmendem Masse. Zeitweilig leidet er an Augenflimmern, Ohrensausen, Kopfschmerzen, fast dauernd an Gliederzittern; Herzklopfen, Rash, Angst, Hallucinationen nicht beobachtet.

Patient ist ein kleiner recht dementer Mensch, der sonst psychisch nichts Besonderes bietet; auf dem rechten Scheitelbein neben der Lambdanaht eine 3 Ctm. lange Narbe, unter der sich eine deutliche exostotische Erhebung fühlen lässt.

Das Verhalten der Sensibilität ist ein sehr wechselndes.

1883 zeigte Patient eine ausgesprochene Hemialgesia dextra bei gleichzeitiger motorischer Schwäche rechts, Berührungsgefühl beiderseits normal und gleich; beiderseitige starke concentrische Gesichtsfeldeinengung (besonders nach dem Krampfanfall). Farbensinn gut. Sehschärfe: links =  $\frac{1}{4}$ , rechts =  $\frac{3}{4}$ .

Gehör beiderseits gleich, Geruch beiderseits herabgesetzt, Geschmack partiell („sauer“) erloschen.

Muskelsinn intact. Auf Anlegung des Magneten erfolgt nach circa

50 Minuten ein Verschwinden der Hemianalgesie und Hemiparese (für längere Zeit!), sowie eine Erweiterung beider Gesichtsfelder (vorübergehend!), aber keine Andeutung eines Transfert. Wiederholte Magnetversuche bewirkten regelmässig eine transitorische Erweiterung beider Gesichtsfelder, die Sehschärfe wurde beiderseits =  $\frac{1}{1}$ .

Mai 1884 absolut normale Sensibilität (incl. Gesichtsfeld), auch nach einem Krampfanfall mit Zungenbiss, Anfang Juli ebenfalls normale Sensibilität — eines Morgens (Patient hatte sich die Nacht über sehr schlecht befunden), ist die Hemianalgesie wieder da (17. Juli).

Dieses Mal werden Pinselstriche überall, aber links deutlicher gefühlt, Temperaturschmerzsinne fehlt rechts, Muskelsinn normal, keine Hemiparese.

Geruch, Geschmack, Gehör vielleicht etwas herabgesetzt. Beiderseits mittlere concentrische Gesichtsfeldeinengung für Weiss und Farben ohne Differenz bei normaler Sehschärfe. Auf Anlegung des Pseudomagnetens (Blei-Imitation) verschwindet die Hemianalgesie prompt, ohne Transfert, das Gesichtsfeld ist beiderseits in gleichem Masse erweitert — ebenfalls kein Transfert. Am anderen Tage besteht aber wieder Status quo.

Im Juni 1885 war eine Sensibilitätsstörung wieder nicht zu constatiren. 10. Klenke, 37 Jahre, Invalide.

Pat., aus gesunder Familie bis 1870 gesund. Bei Gravelotte riss ihm ein Granatsplitter das rechte Auge fort, gleichzeitig erhielt er eine schwere Verletzung der Nasenwurzel und der Helm wurde ihm heftig gegen den linken Orbitalrand gedrängt.

Er wurde bewusstlos, lag lange Zeit im Lazareth. Seitdem ist er arbeitsunfähig, hat sich mehr und mehr dem Trunk ergeben, seit 1879 sind epileptische Krämpfe aufgetreten.

Allmählig ist eine psychisch-nervöse Veränderung aufgetreten: Patient ist reizbar, sehr vergesslich, schreckhaft, hat Angstzustände und gelegentlich tobsüchtige Aufregungszustände, in denen er hallucinirt.

Delirium hat er nie gehabt, auf Schnapsgenuss werden die psychischen Erscheinungen eher besser. Ausserdem Kopfschmerzen, Flimmern, Ohrensausen (besonders rechts), dauerndes Gliederzittern, das sich anfallsweise verstärkt.

Patient war von 1883—1885 fünf Mal der Krämpfe (mit Zungenbiss) oder Verwirrheitszustände wegen in der Charité.

Er ist ziemlich dement, hypochondrisch-deprimirt, meist indifferent, geräth aber bei Widersprüchen leicht in gereizte Stimmung, zittert dann sehr, zeigt eine Störung der Sprache (nicht paralytisch). Keinerlei Lähmungen, Kniephänomen stets normal. Tiefe Zungennarben. Am Hinterkopf eine tiefe Knochennarbe (angeblich von einem Sturze von der Leiter herührend — aus welcher Zeit, weiss er nicht), ebenso über der Nasenwurzel tiefe Narbe.

Das rechte Auge ist nur ein phthisisches Rudiment, das linke Auge sonst normal, die Augenbewegungen sind frei. Die Pupille ist queroval, absolut starr auf Licht und Accommodation (seit 1883 immer wie-

der constatirt!) Der Augenhintergrund ist normal, die Function gut. Das Gesichtsfeld ist für weiss normal, es tritt beim Perimetriren aber rasch starke Ermüdung ein, auch für Farben lässt sich eine Einschränkung nicht deutlich nachweisen.

Gehör, Geruch, Geschmack links normal, rechts deutlich herabgesetzt resp. fehlend — die Knochenleitung ist rechts aufgehoben.

Muskelsinn beiderseits normal. An der rechten Kopfhälfte bis zum Halse, am rechten Vorderarm und an der Aussenseite des rechten Beines starke Herabsetzung der Sensibilität in allen Qualitäten (Berührung, Druck, Schmerz), Warm und Kalt werden nur als Druck empfunden. An den übrigen Körpertheilen ist die Sensibilität durchaus normal, höchstens ist die Innenseite des rechten Beines etwas weniger empfindlich (cf. Fig. II.).

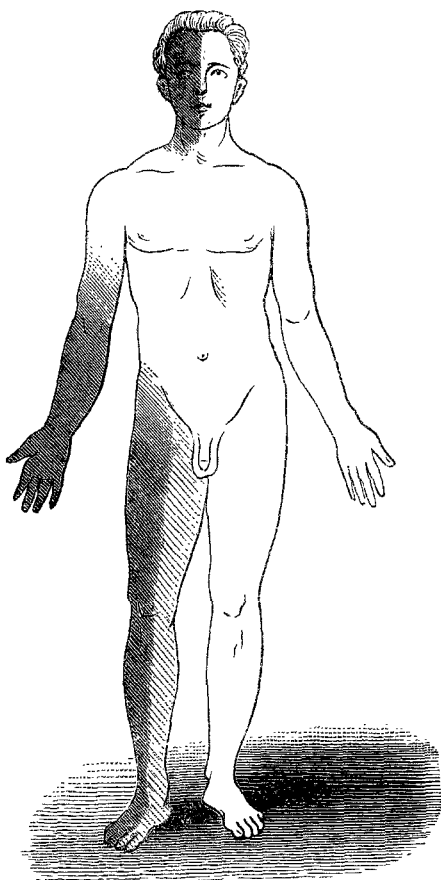


Fig. II.

Die Sensibilitätsstörung blieb immer die gleiche, ein Magnetversuch wurde nicht gemacht.

11. Haase, 26 Jahre, Hausdiener.

Patient, dessen Vater trank, fiel als 3jähriges Kind eine Stein-  
treppe hinab, war längere Zeit bewusstlos — der Arzt meinte, er werde  
daran sein ganzes Leben laboriren. Viele Krankheiten.

Als Kind immer schwächlich, aber ohne Krämpfe, lernte Patient schwer,  
zeigte keine besonderen Charakterabweichungen, war stets gutmüthig und  
lenksam. Häufige Enuresis nocturna. Im 13. Jahre einige Male Krämpfe.

Als junger Mensch wechselte er oft den Dienst (sehr gute Zeugnisse!)  
ohne Grund; er behauptete, zu schwach zu sein, war oft missgestimmt, muth-  
los, konnte sich zu keiner ernstlichen Thätigkeit recht entschliessen.

Im Juni 1884 wurde Patient auf der Strasse mit durchschnittenem  
Handgelenk gefunden und zur Charité gebracht — er war hochgradig  
ängstlich, unorientirt, zitterte lebhaft und stand unter dem Einfluss von  
schreckhaften Sinnestäuschungen.

Seine Angaben über den Grund des Suicidalversuches waren völlig  
verwirrt. Sein Stiefbruder verfolge ihn, könne ihn nicht leiden; Genaueres  
kann er nicht angeben. Er erzählte, an Krämpfen sowie an Anfällen von  
Verwirrtheit zu leiden.

Die Untersuchung ergab zunächst ausser stumpfen, groben Gesichts-  
zügen und einer tiefen Knochen Depression ohne deutliche Narbe in der  
Gegend der kleinen Fontanelle sonst somatisch nichts Besonderes, keinen  
Zungenbiss, dagegen eine ausgesprochene, in der Mittellinie scharf abschnei-  
dende Hemianästhesie sowohl der Haut wie der Sinnesorgane, doppelseitige  
hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung, die Farben werden mit bei-  
den Augen in ganz geringer Entfernung vom Auge richtig, in etwas grösserer  
ganz falsch angegeben.

Muskelsinn nicht geprüft. Schon am anderen Tage, wo Patient klar  
und geordnet ist, ist diese Hemianästhesie vollständig verschwunden, nur das  
Gesichtsfeld des rechten Auges zeigt noch eine deutliche Einengung der Far-  
benkreise ohne Dyschromatopsie. Seitdem ist Patient dauernd klar und psy-  
chisch wie nervös fast frei, nur zeigte er im Juli einen vorübergehenden  
Zustand von tiefer Depression mit Angst, Zittern und einem Gefühl hochgra-  
diger körperlicher Schwäche, der bald vorüberging.

Ueber die Ursachen des Suicidalversuches waren seine Angaben schwan-  
kend (und, wie sich später herausstellte, theilweise falsch). Für die Idee der  
Verfolgung seitens des Stiefbruders fehlte ihm jede Erklärung — in der That  
ergab sich dafür gar kein Anhaltspunkt —, er meinte, er müsse das ge-  
träumt haben.

Patient wurde geheilt entlassen.

Im August 1884 wird er hochgradig anämisch, fast moribund zur An-  
stalt gebracht — er hatte sich wieder die Radialis durchschnitten, war  
im Gebüsch gefunden worden.

Er bedauert später das Misslingen seines Versuches, er sei arbeitsunfähig,

habe keine Stellung finden können, es sei ihm so Angst gewesen, er sei mehrere Male ohnmächtig geworden; in den letzten Tagen sei ihm gewesen, als werde er verfolgt, festgehalten; er sah eine vage Erscheinung, die ihm sagte, er solle nicht weiter gehen; auch sah er schattenhaft Thiere. — Patient will seit 1881 nichts getrunken haben.

Die Untersuchung ergibt eine ausgesprochene rechtsseitige Anästhesie der Haut für Schmerz, Berührung. Temperatur, mit gleichzeitiger Herabsetzung der groben Kraft rechts, sowie eine Abstumpfung resp. Aufhebung der Function der gleichseitigen Sinnesorgane, doppelseitige Gesichtsfeldeinengung, rechts stärker als links, für weiss und Farben bei Dyschromatopsie des rechten Auges. Muskelsinn rechts erheblich gestört. Diese Hemianästhesie besteht auch später (October) noch, doch ist zu dieser Zeit die Störung des Muskelsinnes, des Farbensinnes und der groben Kraft bereits verschwunden, auch lässt sich eine concentrische Gesichtsfeldeinengung nur rechts nachweisen.

Patient wurde Monate lang beobachtet und zeigte ein meist gleichmässig heiteres, gutmüthiges aber recht imbecilles Wesen. Nur gelegentlich wurden Depressionszustände mit Angst, Zittern, Verfall der Gesichtszüge und mehrtägige Nahrungsverweigerung beobachtet, für die Patient einen Grund nicht anzugeben wusste — ausserdem Krämpfe, die mit eigenthümlichen coordinirten Bewegungen, wie bei Hysterischen, einhergingen und bei denen die Pupillenreaction normal, das Bewusstsein höchstens getrübt war.

Für die Suicidalversuche gab Patient eine ganz andere Erklärung wie früher; danach war er in die Hände von Gaunern gerathen, die ihn ganz ausgeplündert und sogar zu einem Diebstahl bei der eigenen Mutter verleitet hatten. Seine Ausreden, warum er sich nicht freigemacht, sind sehr schwachsinniger Natur. Er gerieth in eine verzweifelte Stimmung, irrte herum — von dem Moment der That, den letzten Gründen und der Art ihrer Ausführung hat er aber gar keine oder nur eine summarische Erinnerung.

Im November 1884 war das Verhalten der Sensibilität genau dasselbe wie im October; im März 1885 ist dagegen eine Aenderung eingetreten derart, dass die an Kopf und Brust median gelegene Trennungslinie der Hemianästhesie an Bauch und rechtem Bein beträchtlich nach rechts hinübergerückt ist, so dass die Genitalien ganz normale, die innere Hälfte des rechten Beines fast normale Sensibilität zeigen.

Das körperliche und geistige Verhalten hatte sich zu dieser Zeit ganz bedeutend gehoben. Patient zeigte ausser dem Schwachsinn kaum noch etwas psychisch Abnormes, auch die nervösen Erscheinungen sind verschwunden.

Im Juli 1885 wird Patient zum dritten Male zur Anstalt gebracht, hat Nachts der Beschreibung nach einen den früheren ähnlichen hysteriformen Anfall gehabt, will in Folge von Aerger auf der Strasse umgefallen sein. Sonst psychisch und nervös Status idem; auch die Sensibilität verhält sich wie im März 1885.

Kein Magnetversuch.

## 12. Brandenburg, 33 Jahre, Stellmachermeister.

Patient, dessen Vater trank, war angeblich gesund bis 1875, wo ihm ein Beil aus ca. 30 Fuss Höhe auf den Hinterkopf fiel. Er war mehrere Stunden bewusstlos, beim Erwachen schwindelig; die Heilung der Wunde dauerte mehrere Wochen. 1876 kam er zum Militär, konnte aber den Druck des Helmes nicht ertragen, fiel öfter um, hatte oft Erbrechen, war tagelang deselig, konnte wegen Flimmern nicht schiessen. Seitdem nie wieder ganz gesund. Er war gereizt, gerieth auf Widerspruch in gewalthätige Wuthausbrüche, machte zuweilen ganz verkehrte Handlungen. Ein unbestimmtes Angstgefühl liess ihn oft zwecklos herumirren; er hörte zuweilen Nachts Stimmen, hatte Ohnmachten und Schwindelanfälle. Von Krämpfen weiss er nichts, erwachte aber Morgens einige Male mit blutigem Hemde und Zungenschmerzen.

Getrunken hat Patient nie. Januar 1883 wurde er wegen Meineids (Civilsache) zur Verbüssung einer 3jähr. Zuchthausstrafe nach B. gebracht, wo er sich anfangs gut führte und psychisch gesund erschien, nur querulirte er viel. Im October 1883 brach plötzlich eine Psychose bei ihm aus, welche in ihren acuteren Erscheinungen bis gegen März 1884 dauerte — im Februar 1884 wurde er in die Charité überführt.

Die Geisteskrankheit trug den Charakter einer schweren hallucinatorischen Verrücktheit resp. Verwirrtheit.

Er brachte ein leidlich zusammenhängendes Wahnsystem vor: er werde vom Gerichtsvollzieher und anderen Personen verfolgt, solle umgebracht werden. Patient gerieth oft in die hochgradigste ängstliche Erregung; damit wechselten aber Zustände ab, in denen Patient eine kindisch-heitere Stimmung zeigte, tagelang mit Kleinigkeiten spielte, tanzte und sang. Schliesslich wurden noch „Anfälle“ beobachtet, die mit zuckungsartigen Bewegungen einhergingen, in denen anscheinend das Bewusstsein schwer getrübt war und auf welche mehrtägiger Sprachverlust folgte.

In der Charité zeigte Patient Anfangs ebenfalls hallucinatorische Angstzustände mit Aufregung und Verwirrtheit, beruhigte sich aber relativ rasch und machte, nachdem noch mehrere hallucinatorische Recidive aufgetreten waren, in denen Patient einen Selbstmord versuchte, später den Eindruck eines hochgradig dementen Menschen — er war gleichgültig, still, beschäftigte sich fleissig mit häuslichen Dingen. Für die Einzelheiten der Zuchthauspsychose hatte er gar keine, für die gesammte Krankheit höchstens summarische Erinnerung; er hatte eine unvollkommene Krankheitseinsicht, konnte Wahrheit und Wahnidee nicht recht auseinander halten. Auch nachdem die Psychose fast ganz verblasst war, zeigte Patient in unregelmässigen Zwischenräumen auftretende Anfälle von heftigem Kopfschmerz mit Zittern und Angst — er sah dann immer sehr verfallen und deprimirt aus. Dabei wird das Gesicht anfangs oft blutroth. Der Schlaf ist sehr schlecht.

Somatisch ist Patient ein kräftiger blasser Mann mit stumpfen Gesichtszügen, der fast nie lacht, selten spricht. Auf der Scheitelhöhe findet sich eine

Vertiefung des Knochens, Druck auf dieselbe wird schmerzhaft empfunden — eine Narbe lässt sich nicht nachweisen.

**Sensibilität.** Hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung, noch stärker rechts (20—30°). Beiderseits Dyschromatopsie, die Farben werden in einiger Entfernung vom Auge miteinander verwechselt, in geringer Entfernung vom Auge und genau im Centrum des Gesichtsfeldes übrigens erkannt. Das Gesichtsfeld für die Farben beträgt beiderseits höchstens 3—5°. Sehschärfe normal. Geruch und Geschmack fehlt vollständig. Gehör stark herabgesetzt. Muskelsinn beiderseits gestört, besonders aber rechts; in der linken Hand werden kleine Gegenstände durch Betasten gut erkannt, in der rechten nicht. Die cutane Sensibilität ist auf der ganzen rechten Körperhälfte in allen ihren Qualitäten sehr stark herabgesetzt; die Trennungslinie liegt scharf median, nur die Genitalien sind durchaus normal empfindlich. Die grobe Kraft ist rechts gegen links beträchtlich herabgesetzt. Die Sensibilitätsstörung blieb während der ganzen Beobachtungszeit (bis Januar 1885) dieselbe, nur das Gesichtsfeld erweiterte sich etwas (rechts 25—30°, links 30—45°).

**Magnetversuche** (Anlegung der Magneten an die rechte Schläfe durch 1½ Stunden) ergaben folgendes Resultat: Die cutane Anästhesie verschwindet völlig, ohne dass Transfert eintritt, an Kopf und Rumpf, während sie am Arm und am Bein bestehen bleibt. Die Muskelsinnesstörung ist die gleiche, kleine Gegenstände werden auch nachher in der rechten Hand nicht erkannt. Geruch und Geschmack unverändert. Gesichtsfeld: vor dem Versuch rechts 25°, links 35°, nach dem Versuch beiderseits 20—25°. Gehör: vor dem Versuch wird das Ticken der Uhr gehört: links in 2 Ctm. Entfernung, rechts beim Anlegen, nach dem Versuch: links in 2 Ctm., rechts in 1½ Ctm. Entfernung. Die (rechts) fehlende Knochenleitung hat sich nicht wieder hergestellt.

### 13. Braun, 31 Jahre, Arbeiter.

Patient will bis 1881 gesund gewesen sein. Damals erhielt er einen Schlag mit dem Bierglase über den Hinterkopf, wurde für mehrere Stunden bewusstlos, lag 4 Wochen im Krankenhaus. Seitdem ist er psychisch und nervös verändert. Er ist vergesslich, macht zuweilen Dinge, von denen er nachher nichts weiss, ist menschenscheu. Angst und Reizbarkeit leugnet er. Von Krämpfen weiss Patient nichts. Ausserdem leidet er an Kopfschmerzen, Flimmern, Ohrensausen, hat den Geruch und den Geschmack für bitter verloren; ausserdem hat er bemerkt, dass er am Kopfe nichts fühlt, und zwar seit der Verletzung. Vor der Verletzung trank Patient ziemlich stark (50 Pfg.), nachher sehr energisch (täglich 1 Liter).

Am 22. October wird Patient in einem ängstlich benommenen Zustande aufgenommen, ohne einen Grund für seine Angst angeben zu können, ist sehr schwer zu einer zusammenhängenden Antwort zu veranlassen, schweigt oft ganz.

Das Attest ergibt, dass Patient in einem tobsüchtigen Verwirrtheitszustande aufgegriffen wurde; er hatte lebhafte Angst, schlug um sich,

redete von verfolgenden Gestalten, sowie von seiner Braut, die er umgebracht hätte.

Von den ganzen Angaben des Attestes weiss Patient auch in der Folge nichts, er hat gar keine Braut.

Am nächsten Tage ist Patient ruhig, orientirt, leidlich klar, giebt die Anamnese, leugnet Krämpfe. In der Nacht hallucinirte er vorübergehend, auch brachte er zuweilen anfangs einige sonderbare abrupte Vorstellungen vor — „ich will auf den Markt, adieu!“ oder „meine Schwester vergifte ich, die ist schlecht gegen mich gewesen“ —, sonst liessen sich in der Folge (bis Januar 1886) keine Wahnideen oder Sinnestäuschungen mehr nachweisen. Er machte einen recht dementen Eindruck, war immer scheu und schweigsam, arbeitete den ganzen Tag fleissig in der Küche. Bezüglich seiner Krankheit, Entlassung u. dgl. ist er ganz indifferent. Einmal wurde ein Anfall von plötzlichem tiefen Schlaf bei erhaltenen Reflexen von ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde Dauer bei dem Kranken beobachtet, sowie Anfälle von heftigen Kopfschmerzen mit Temperaturerhöhung (ohne findbaren Grund) bis  $39,7^{\circ}$ .

Somatisch bietet der sehr kräftige, gut genährte Mann nichts Besonderes, Reste der Kopfverletzung lassen sich nicht nachweisen.

Verhalten der Sensibilität. Beiderseitige mittlere concentrische Gesichtsfeldeinengung ( $50-55^{\circ}$  nach aussen) mit entsprechender Gesichtsfeldeinengung für die Farben. Am Tage der Aufnahme Dyschromatopsie: Patient bezeichnet alle Farben falsch — später giebt er sie richtig an.

Sehschärfe normal. Gehör sehr herabgesetzt, Knochenleitung aufgehoben. Geruch völlig erloschen. Geschmack für „bitter“ (Chininlösung!) völlig fehlend, für „süss“ erhalten.

Muskelsinn bei der Aufnahme stark gestört, später nicht.

Die Sensibilität der Haut an Kopf und Hals bis zum Schultergürtel, an beiden Händen und beiden Füssen völlig für alle Gefühlsqualitäten aufgehoben; an dieser Anästhesie nehmen auch die Schleimhäute und die Cornea Theil, ebenso das Trommelfell.

Ein am 6. Januar vorgenommener Magnetversuch (Anlegung des Magneten an die rechte Backe durch  $\frac{1}{2}$  Stunde) hat auf das Verhalten der Sensibilität absolut keinen Einfluss.

Am 26. Januar machte Patient plötzlich selbst die Bemerkung, dass die Hände und die Nasenspitze wieder fühlen, und ergiebt die Untersuchung in der That, dass die Anästhesie verschwunden ist, nur die behaarte Kopfhaut und die Wangen sind noch anästhetisch. Der Geruch ist normal, ebenso der Geschmack. Die Uhr wird beiderseits in 40 Ctm. Entfernung gehört (früher in 12 Ctm.), die Knochenleitung hat sich wieder hergestellt. Patient will sich etwas freier im Kopfe fühlen, sonst ist in seinem Verhalten irgend eine Veränderung objectiv nicht eingetreten. Anfang Februar ist eine Sensibilitätsstörung überhaupt nicht mehr nachzuweisen.

Bei der zweiten Aufnahme (14 Tage später) hatte sich die alte Sensibilitätsstörung dagegen wieder eingestellt,



### III. Gruppe.

14. Nagel, 25 Jahre, Kellner.

Die Krankheitsgeschichte des Falles ist theilweise bereits andererseits\*) veröffentlicht worden. Patient, erblich belastet, etwas schwachköpfig, machte in den Entwicklungsjahren schwere fieberhafte Krankheiten durch.

Keine Kopfverletzung, kein Potus.

Seit 1879 Bauchmuskelkrämpfe. später Krampfanfälle bei erhaltenem Bewusstsein echt hysterischen Charakters.

Als Aura Unruhe, Angst, Kopfschmerz. zuweilen Gesichtshallucinationen. Nach den Anfällen ist Patient schreckhaft, weinerlich, unstät.

Seit 1882 chronische systematisirte Paranoia — Patient wird von einer Gesellschaft junger Leute verfolgt, die ihm nach dem Leben trachtet. Er hört warnende Stimmen. die Verfolger vergiften ihm das Essen mittelst eines „Giftsternes“ etc. Häufige Angst, Nahrungsverweigerung, Suicidalversuche. 1883 allgemeine aber wechselnde Anästhesie der Haut für alle Qualitäten, Hemianaesthesia sinistra der Sinnesorgane, concentrische Gesichtsfeld-einengung beider Augen auf ca. 5°. Hochgradige Muskelsinnesstörung — bei geschlossenen Augen ist Patient bewegungsunfähig.

Auf Anlegung des Magneten erfolgt rasch Transfert — das Verhalten der Anästhesie war übrigens ein sehr schwankendes, bald bestand totale. bald fleckweise Anästhesie, bald Hemianästhesie, die Sensibilitätsstörung wechselte spontan von Tag zu Tag.

November 1884 — Patient war inzwischen wesentlich gebessert — neuer hallucinatorischer Anfall mit hochgradiger Verwirrtheit, die bald vorübergeht — von der früheren Paranoia sind abgeblasste Reste vorhanden, die sich aber gelegentlich wieder vorübergehend zu dem alten Wahnsystem zusammenfinden.

Krampfanfälle wie früher.

Sensibilität (December 1884). Gesichtsfeld rechts für weiss und Farben normal, fast übernormal. Sehschärfe =  $\frac{1}{1}$ . Gesichtsfeld links auf ein Minimum eingeschränkt. Rein central sieht Patient das bewegte Object ganz gut, ebenso blau und roth, während er grün für weiss erklärt — es beträgt das Gesichtsfeld etwa 3—5°, ausserhalb desselben sieht Patient „schwarze Nacht“, d. h. nichts. Ein grösseres Object — hellbrennendes Licht! — wird als „heller Schein“ allerdings noch auf ca. 25° wahrgenommen, weiter peripher aber auch nicht\*\*). Die Flamme sieht Patient aber erst central.

Die Sehschärfe beträgt  $\frac{1}{10}$ . Lesen kann Patient mit dem linken Auge

---

\*) cf. Schütz, Vorstellung eines Geisteskranken mit totaler Anästhesie. Sitzung der psych. Gesellsch. in Berlin am 12. Nov. 1883. Mendel's Centralbl., 1883, No. 23, S. 550.

\*\*) Am linken Auge wird der Schein des Lichtes aussen und aussen unten bei ca. 140°, auf den übrigen Meridianen bei 90° gesehen.

nicht; obwohl er die einzelnen Buchstaben sieht, kann er sie nicht zum Worte vereinigen.

Geruch, Geschmack, Gehör rechts gut, links fehlend. Ausgesprochene totale und complete scharfe Hemianaesthesia sinistra der Haut mit Herabsetzung der groben Kraft links.

Das Muskelgefühl rechts ist gut, links völlig fehlend. Nur mit Hülfe des rechten Auges kann Patient die linksseitigen Extremitäten bewegen; lässt man den Patienten dieselben erheben und verschliesst ihm während der beabsichtigten Bewegung die Augen, so bleiben Arm und Bein in der erhobenen Stellung über  $\frac{1}{4}$  Stunde lang stehen, so lange die Augen geschlossen bleiben. Schliesst man dem Patienten beim (sonst ungehinderten) Gehen die Augen, so bleibt er plötzlich stehen, vermag sich nicht zu bewegen. Auch bei allein geschlossenem rechten Auge kann sich Patient im Raume fast gar nicht orientiren. Dabei ergeben aber doch Stereoskop- und Brannnglasversuche in der bekannten Art, dass Patient auch mit dem linken Auge ganz leidlich lesen und Farben erkennen kann.

Die Magnetversuche ergaben immer prompt exquisiten Transfert. Eine Hypnotisirung des Kranken gelang nicht.

Im Januar 1886 bestand die Hemianästhesie noch.

15. Lange, geb. 1861, Kellner.

Patient, dessen Vater Potator und epileptisch war und an Krämpfen starb, war gesund bis 1880 — keine Kopfverletzung.

Seit 1880 trinkt er stark aus Neigung und Gelegenheit — Pat. ist Kellner.

1881 präcordiale Parästhesien, Schwindelanfälle. Seitdem typische Platzangst, die durch Alkoholgenuss gebessert wird.

1882 Krämpfe mit Bewusstseinsverlust.

1882 ein, 1883 zwei Anfälle von Delirium tremens, im Anschluss an den letzten Entwicklung einer Psychose. Patient hört fortwährend Flüstern, Stimmen, die ihn beschimpfen, bedrohen, ihn zum Selbstmord auffordern, sieht schattenhafte Gestalten.

Patient ist in heftiger Angst und Verwirrtheit, wird gelegentlich in Folge der Wahnideen gewalththätig, muss isolirt werden; später treten Remissionen ein: ohne dass die Hallucinationen aufhören, oder ihre beängstigende Wirkung verlieren, gewinnt der Kranke Krankheitseinsicht, und gegen Ende des Jahres 1884 trat endlich fast complete Heilung ein.

Krampfanfälle wurden nie beobachtet, dagegen zweimal Schlaganfälle, die hier nur kurz erwähnt seien.

Am 21. Juli 1884 erlitt Patient nach einem Angstanfall plötzlich eine rechtsseitige Hemiplegie mit Betheiligung des Facialis, ohne Aphasie — gleichzeitig incomplete rechtsseitige Oculomotoriuslähmung (Ptosis, Strabismus divergens oculi dextri), Abweichen der Zunge nach links (!) und paradoxes Phänomen rechts. Vorübergehende Temperatursteigerung bis 37,9 (sonst 37,0—37,5). Alle Erscheinungen verschwanden allmählig.

Am 21. September neue Hemiplegia dextra (ohne Betheiligung der Augenmuskeln und ohne paradoxes Phänomen — alle Erscheinungen gingen

zurück, nur die (später aufgetretene!) auffallend starke Abweichung der Zunge nach rechts und die Facialislähmung blieb bestehen.

Vom September 1884 bis August 1885 wurde das Bild beherrscht von dauernden oder anfallsweise auftretenden heftigsten Schmerzen in beiden Beinen, in Brust und Bauch, die mit gleichzeitigen heftigen Angstzuständen, Erbrechen, Eruption von Herpesbläschen im Gesicht und Fieber bis zu 40,5 einhergingen. Vorübergehend Patellar- und Fussclonus, später eher etwas abgeschwächte Sehnenphänomene, dann trat allmählig eine derartige Besserung ein, dass Patient im December 1885 fast nichts psychisch und nervös Auffälliges mehr bot und entlassen werden sollte. Am 12. December stürzte Patient, der Nachts aufgestanden war, plötzlich, ohne weitere Erscheinungen, todt zu Boden.

Die Section ergab makroskopisch einen absolut negativen Befund, mikroskopische Untersuchungen konnten noch nicht angestellt werden\*).

Sensibilität. Schon im Jahre 1883 fand sich bei dem Kranken eine Hemianästhesie. Das Gesichtsfeld zeigte anfangs eine Verbindung von concentrischer Gesichtsfeldeinengung rechts mit homonymer Hemianopsia dextra\*\*), später bestand auf beiden Augen eine hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung (5—10°). Farbensinn links gut, rechts besteht Achromatopsie (alle Farben werden als „weisslich“ bezeichnet).

Sehschärfe: Links =  $\frac{1}{1}$ , rechts =  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ . Controllversuche mit dem Stereoskop etc. ergaben dasselbe Resultat.

Geruch, Geschmack, Gehör rechts fehlend.

Totale und complete rechtsseitige Hemianästhesie — später zeigte sich ein breiter Streifen an der Aussenseite des rechten Beines und die rechte Hälfte des Kinnes ästhetisch. Muskelsinn rechts sehr gestört, links gut. Die Hemianästhesie der Haut war 1885 fast ganz verschwunden, während das Verhalten der Sinnesorgane das frühere war.

Anlegung von Magneten zu verschiedenen Malen und während langer Zeit blieb jedesmal ohne jeden Einfluss auf das Verhalten der Sensibilität — auch das Gesichtsfeld zeigte nach dem Versuch keine Veränderung.

16. Meyer, 47 Jahre, Kaufmann\*\*\*).

Patient erblich belastet, immer sehr corpulent, kein Potator und sonst gesund, erkrankte Ende 1881 mit Gürtelgefühl, Unsicherheit, Abgestorbensein und Steifigkeit der Beine, Blasenbeschwerden.

Januar 1882 fiel er um, die Beine konnten ihn wegen Schwäche nicht

---

\*) Die sehr interessante Krankengeschichte ist hier nur summarisch mitgetheilt, da ich beabsichtige, an der Hand der Ergebnisse einer genauen mikroskopischen Untersuchung auf den Fall zurückzukommen.

\*\*) Die Zeichnung des Gesichtsfeldes (den Zusammenhang von concentrischer Gesichtsfeldeinengung und Platzangst illustrirend) findet sich in diesem Archiv. (Thomsen und Oppenheim l. c. Beob. 37.)

\*\*\*) Die Beobachtung soll hier nur sehr summarisch mitgetheilt werden, soweit sie das vorliegende Thema betrifft.

tragen. Seit März ist er unfähig, zu gehen, klagt über heftige Schmerzen in den Beinen, speciell im Fussgelenk.

Status 1882: Abmagerung beider Beine, active Bewegungen sehr schwach, passive frei.

Heftige Schmerzen in den Beinen.

Kniephänomen links vorhanden, rechts fehlend, resp. sehr schwach, paradoxes Phänomen in beiden Fussgelenken. Elektrische Erregbarkeit nicht wesentlich gestört.

Blasenbeschwerden — Patient muss katheterisirt werden. Sensibilität unregelmässig gestört.

Muskelgefühl herabgesetzt. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, Sehschwäche. Psychische Reizbarkeit.

April 1883 treten paranoische Ideen auf, im September 1883 macht Patient einen Selbstmordversuch, wird zur Irrenabtheilung verlegt. Dort ist er bis jetzt (Februar 1886) beobachtet und hat dauernd dasselbe psychische Verhalten gezeigt. Es besteht eine ausgesprochene chronische hallucinatorische Paranoia: Patient hört fortwährend das Wartepersonal über sich reden, er sei lästig, ein Simulant, werde auf die Strasse gesetzt werden, man verhöhnt ihn, droht ihm mit Schlägen, mit Entfernung, will ihm das Essen verleiden. Auch der Arzt ist zeitweise im Complot, er wird Nachts betäubt, es werden Experimente mit seinen Beinen zu wissenschaftlichen Zwecken vorgenommen, er merkt das Morgens an seiner Benommenheit und den Schmerzen. Man giebt ihm absichtlich schlechtes, verdorbenes, vielleicht vergiftetes Essen.

Patient ist meist reservirt mit seinen Ideen, geräth aber gelegentlich in heftige Aufregung, bringt dann obiges complicirtes Wahnsystem, das absolut dauernd und fixirt ist, zum Vorschein. Allmählich ist Patient recht gedächtnisschwach und etwas demens geworden. Somatisch bestehen subjectiv: Klagen über Schmerzen im Kopf, in den Beinen, im Bauch, besonders beim Urinlassen und bei der Defäcation, Schwindelgefühl, Angstempfindungen, objectiv: Schwäche beider Beine mit Atrophie, Contractur in den Knien, paradoxes Phänomen in beiden Fussgelenken, Blasenschwäche, Kniephänomen rechts sehr gering, links normal.

Patient ist dauernd bettlägerig, liegt stets mit gebogenen Knien, kann sich wenig bewegen.

Sensibilität. Doppelseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung besonders für die Farben, rechts stärker — Andeutung von Dyschromatopsie, Geruch, Geschmack und Gehör beiderseits etwas herabgesetzt, aber nicht sehr wesentlich, links etwas weniger.

Die Hautsensibilität ist in der Weise gestört, dass an Kopf und Rumpf eine ziemlich scharfe Hemianaesthesia dextra in Gestalt einer Abstumpfung der Sensibilität für alle Gefühlsqualitäten besteht, der rechte Oberarm ist ganz anästhetisch, der rechte Unterarm dagegen nur an der Radialseite anästhetisch, während die Ulnarseite gut fühlt. Ein ähnliches Verhalten zeigt der linke Vorderarm.

An beiden Beinen besteht eine Sensibilitätsstörung derart, dass die innere Hälfte anästhetisch, die äussere ästhetisch ist, die Trennungslinie läuft von der Inguinalfalte über die Patella längs der Tibialkante und des Interphalangealspatiums zwischen 2. und 3. Zehe. Die Genitalien zeigen keine Hemianästhesie.

Die Sensibilitätsstörung ist während der ganzen Beobachtungszeit fast die gleiche geblieben, ohne Schwankungen nach In- und Extensität zu zeigen, ein mehrstündiges Anlegen des Magneten an die rechte Kopfhälfte resp. an die Aussenfläche des rechten Beines blieb ohne jeden Einfluss auf das Verhalten der Sensibilität.

#### 17. Pritzkow, 25 Jahre, Musikus.

Patient, erblich belastet, scrophulös, leidet seit seinem 10. Lebensjahre an Epilepsie in unregelmässigen Pausen. Kein Potus, keine Kopfverletzung, keine Lues. An die Krampfanfälle schliessen sich postepileptische Verwirrheitszustände an, wegen deren er 1883 in die Charité aufgenommen wurde, später wurde er der Pflegeanstalt in Eberswalde überwiesen. Patient ist etwas demens, gedächtnisschwach.

Aus dem damaligen Journal sei nur erwähnt, dass die Kniephänomene und die Pupillenreaction normal waren und dass Patient auch ausserhalb der Anfälle an hallucinatorischen Angstzuständen litt.

Die weitere Anamnese — Charité-Acten — ergibt noch, dass Patient im Jahre 1882, angeblich nach einem Sturz auf die Wirbelsäule, an einer „ersten Rückenmarksaffection und Blasenlähmung, Lähmungserscheinungen“ litt, mehrmals hilflos auf der Strasse gefunden wurde und 1884 mehrtägiges Abträufeln von Urin darbot.

Am 20. October 1885 kommt Patient — der kurz vorher über heftige Kopfschmerzen geklagt hatte — im Status epilepticus zur Charité, liegt 5 Tage in Krämpfen resp. in einem Zustande schwerer Benommenheit, hat aber kein Fieber, wie überhaupt nie. Am 26. zeigt er eine Parese des linken Beines, Zittern, linksseitige Facialisparese, Nackenschmerzhaftigkeit, Hyperästhesie, namentlich rechts, Percussionsempfindlichkeit des Kopfes und der Wirbelsäule. Erbrechen. Patient lässt Koth und Urin unter sich. Pupillenreaction träge, Kniephänomen gesteigert.

27. October. Kniephänomen rechts deutlich, links fehlend. Nystagmus. Pupillenreaction beiderseits minimal. Epileptischer Anfall mit kurzem Wuthzustande. In den nächsten Tagen heftige Kopf- und Nackenschmerzen, Monoparesis crural. dextra, Hyperästhesie, Benommenheit, Erbrechen, Incontinenz, Unruhe.

5. November. Keine Pupillenreaction, keine Kniephänomene. Parese der M. rect. sup. sin. Vom 7. November an allmälige Besserung\*): das Sensorium wird freier, die Empfindlichkeit der Muskulatur nimmt ab, Pa-

---

\*) Patient wurde vom 12. ej. an einer Schmiercur unterzogen — 4,0 pro die — bis zum 1. Januar 1886.

tient versucht zu gehen, schiesst aber taumelig vorwärts, lässt immer noch den Urin unter sich, schleppt das linke Bein nach.

25. November. Immer noch benommen, wie betrunken, blödsinniges Gesicht, Patient zieht die Schultern hoch, taumelt, tritt über. Kniephänomen fehlt, Pupillenreaction gering, aber deutlich, die Parese der M. rect. sup. sin. ist verschwunden.

Am 18. December sind alle acuteren Erscheinungen verschwunden.

Patient immer noch benommen und recht dement, klagt über Kopfschmerzen, Ohrensausen, rechtsseitige Taubheit, hat Schwindelanfälle und gelegentlich Krampfanfälle.

Motilität: Leichte, rechtsseitige Facialisparese, obere Extremitäten gut, ebenso rechtes Bein. Am linken Beine ist die grobe Kraft sehr herabgesetzt, mühsame, spastische, ungeschickte Bewegungen, begleitet von lebhaftem Zittern, Blase und Mastdarm normal.

Pupillenreaction beiderseits erhalten, aber träge. Kniephänomen fehlt beiderseits.

Sensibilität (Figur III.). Ueberall gute Empfindung, nur die Stirn ist absolut anästhetisch. An Brust und Bauch normale Sensibilität. An der linken Hand und dem unterem Vorderarm dagegen totale Anästhesie für alle Gefühlsqualitäten, das gleiche Verhalten zeigt das linke Bein, vom Knie abwärts.

Muskelsinn. Passive Bewegungen werden überall sonst gut, an Hand und Fuss links dagegen gar nicht empfunden, kleine Gegenstände werden durch Tasten mit der linken Hand nicht erkannt.

Sinnesorgane. Das Gesichtsfeld ist wegen beiderseitiger Hornhautflecke und angeborener Sehschwäche des rechten Auges — Myopie, divergierendes Schielen — nicht zu prüfen, grobe Störungen scheinen nicht zu bestehen, Sehschärfe links fast  $= \frac{1}{4}$ , rechts Finger in 5 Fuss, lesen kann Patient nicht. Es besteht eine hochgradige rechtsseitige Taubheit, die Knochenleitung ist aufgehoben.

Geruch und Geschmack sind vollständig erloschen.

Bei kräftigem Streichen über die Haut bilden sich rasch weisse erhabene Streifen auf rothem Grunde — *homme autographique*. Das Verhalten der Sensibilität blieb zunächst stationär, ein Magnetversuch wurde nicht gemacht.

Am 8. Januar 1886 ist die ganze eben geschilderte Sensibilitätsstörung völlig verschwunden. Gehör, Geruch, Geschmack haben sich hergestellt, der Muskelsinn ist normal. Patient liest mit dem rechten Auge Sn.  $1\frac{1}{2}$  in 9". Auch die motorischen Störungen am linken Bein sind völlig verschwunden. Ende Januar wurde Patient gebessert entlassen.

Schlussstatus: Normale Sensibilität und Motilität. Pupillenreaction beiderseits träge. Die Kniephänomene fehlen beiderseits, auch beim Jendrassik'schen Versuch.

18. Krause, 46 Jahre, Müller.

Patient, aus gesunder Familie, will bis 1866 gesund gewesen sein, weder eine Kopfverletzung erlitten, noch getrunken haben. Keine Lues.

Im Feldzuge 1866 bekam er in Dresden plötzlich einen rechtsseitigen Schlaganfall ohne Aphasie, der rasch vorüberging. Damals, sowie ein Mal später soll er Krämpfe gehabt haben, sonst nicht, dagegen hat er zuweilen Schwindelanfälle. Seitdem ist Patient linkshändig und zieht das rechte Bein etwas nach.

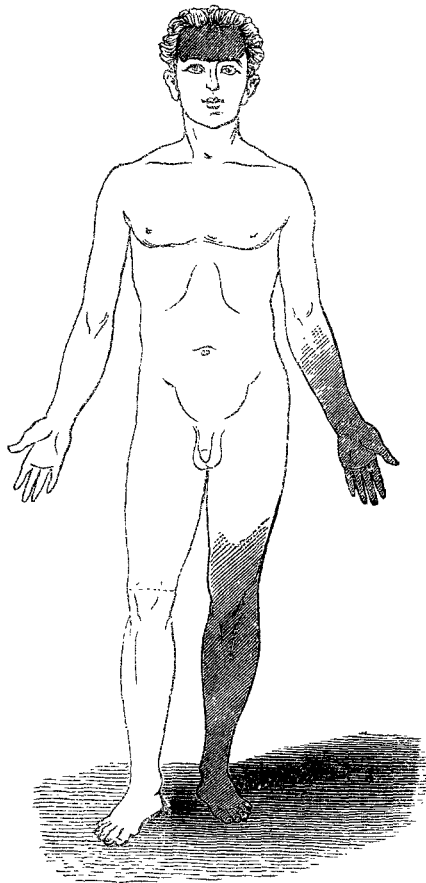


Fig. III.

Seit 1882 leidet Patient an einer hallucinatorischen Paranoia: er hört fortwährend Stimmen, die ihn der Ermordung seiner Mutter beschuldigen, man fahnde nach ihm, der Scharfrichter sei schon berufen, das Schaffot schon aufgerichtet, der Tag der Hinrichtung bestimmt. Es ist ja nicht wahr, dass er seine Mutter ermordet hat, aber sie sagen es ja doch überall. Er hört besonders zwei Stimmen, eine hoch- und eine plattdeutsche, die ihm so drohen; nur zuweilen hört er eine tröstende Kinderstimme, die ihn beruhigt — dann

werden die drohenden Stimmen leiser, verschwinden allmählig und Patient hat für einige Zeit Ruhe.

Die Paranoia tritt in Schüben auf, in den ruhigen Zeiten zeigt Patient ein dement-harmloses Wesen, beschäftigt sich fleissig, ist ganz vergnügt, hat eine gewisse Krankheitseinsicht; wenn die Hallucinationen stärker auftreten, bekommt er grosse Angst, weint und zittert, glaubt fast selbst, dass er seine Mutter ermordet habe. In solchen hallucinatorischen Exacerbationen kam Patient zweimal (1884 und 1885 im Sommer) in die Charité, wurde gegen den Winter hin, wo er sich immer wohler fühlte, gebessert entlassen.

Das Verhalten der Motilität und Sensibilität war stets das gleiche.

Patient ist ein kräftiger Mann, der eine mässige Herabsetzung der grossen Kraft rechts gegen links zeigt. Sonst ist die Motilität normal.

Scharf median abgegrenzte, complete und totale Hemianaesthesia dextra, von der 1884 nur die Genitalien und ein Streifen an der Innenseite des rechten Oberschenkels ausgenommen sind — 1885 nicht.

Muskelsinn gestört, passive Bewegungen werden rechts nicht gefühlt, kleine Gegenstände in der rechten Hand nicht erkannt.

Gesichtsfeld links normal, rechts mässig concentrisch eingeengt, sowohl für Weiss als für Farben. 1884 stärkere Gesichtsfeldeinengung als 1885, damals auch Dychromatopsie für grün.

Sehschärfe links =  $\frac{1}{4}$ , rechts =  $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ .

Gehör, Geruch, Geschmack links gut, rechts herabgesetzt resp. fehlend.

Magnetversuche. Bei Anlegung des Magneten — oder der Bleimitation! — tritt in ca. 10—15 Minuten ein incompleter Transfert ein.

Patient, der immer vor dem rechten Auge eine schwarze tanzende Kugel sieht, giebt dann an, dass dieselbe jetzt vor dem linken Auge tanze. Das Gesichtsfeld zeigt deutlichen Transfert, es ist rechts weiter wie links; die Sehschärfe ist beiderseits normal, ebenso ist die Sensibilität der Haut und der Sinnesorgane sowie der Muskelsinn beiderseits normal — es ist also hier kein eigentlicher Transfert eingetreten. Nach einiger Zeit tritt der Status quo ein, dessen Wiederauftreten man durch Anlegen des Magneten an die linke Seite beschleunigen kann. Der Versuch wurde zu verschiedenen Malen immer mit demselben Erfolge angestellt.

Wirft man einen Blick auf die Fälle der einzelnen dieser Gruppen, so fällt sofort auf, dass in der ersten der Alcoholismus, in der zweiten die Kopfverletzung ein regelmässig wiederkehrender, an erster Stelle stehender Factor ist, während sich in der dritten Gruppe recht heterogene Beobachtungen zusammenfinden.

Das Gemeinsame aller Beobachtungen ist neben der Psychose die Empfindungsstörung in der Form der „gemischten“ Anästhesie oder Hemianästhesie.

Die Sensibilitätsstörung der Haut ist eine sehr launenhafte. Bald handelt es sich um eine totale und complete Hemianästhesie (Fall 5,



8, 14, vorübergehend auch 11 und 18), bald ist die Hemianästhesie eine incomplete insofern, als daran einzelne noch auf der hemianästhetischen Seite liegenden Hautbezirke (Kinn, Genitalien, Schenkelstreifen etc.) nicht theilnehmen (Fall 12, 15, 18), oder indem die Trennungslinie seitlich von der Medianlinie liegt (Fall 4, 11). Einmal wurde lediglich Hemianalgesie beobachtet (Fall 9). Oder aber es gabelt sich die Hemianästhesie am Arm und Bein, so dass etwa die ulnare und innere Schenkelseite ästhetisch bleiben (Fall 4, 16). Dann wieder tritt die Anästhesie fleckweise auf mit Annäherung an Hemianästhesie (Fall 10), oder doppelseitig fleckweise (Fall 1, 3, 7, 13, 17), oder aber es besteht eine Abstumpfung der Sensibilität für alle oder nur einzelne Gefühlsqualitäten am ganzen Körper (Fall 2, 6). Da ohnedies die Störung an einem und demselben Individuum bald in dieser, bald in jener Form auftritt, so wäre eine eingehendere Schilderung müssig.

Die Anästhesie wurde etwas häufiger stationär als vorübergehend gefunden, in einzelnen Fällen sogar durch Jahre hindurch absolut stationär; doch wurde auch ein Verschwinden und Wiederauftreten beobachtet. Häufiger gelangten dagegen Schwankungen der In- und Extensität der Anästhesie zur Beobachtung.

Von den Sinnesorganen war zunächst immer das Gesicht theiligt, und zwar immer (mit einer Ausnahme, wo nur hochgradige Ermüdungserscheinungen bestanden) in der Form der concentrischen Gesichtsfeldbeschränkung\*) mit gleichzeitiger Einengung der Farbenkreise. Farbensinnesstörungen wurden mehrere Male beobachtet, und zwar 8 mal als Dyschromatopsie, 3 mal als Achromatopsie — einseitig und doppelseitig, event. vorübergehend.

Die Sehschärfe war häufig entsprechend der Gesichtsfeldeinengung herabgesetzt, aber nicht immer. Eine Störung der Orientirung fand sich nur bei einem Kranken (Hystericus); in diesem Falle war aber die Gesichtsfeldeinengung eine so hochgradige (3—5 °), wie bei keinem Anderen.

Die concentrische Gesichtsfeldeinengung war übrigens fast immer doppelseitig, wenn auch öfter auf einem Auge hochgradiger\*\*).

---

\*) In einem Falle (17) konnte wegen Hornhauttrübungen das Gesichtsfeld nicht genau constatirt werden.

\*\*) Es ist begreiflich, dass bei ungleicher doppelseitiger concentrischer Gesichtsfeldeinengung, die im Verschwinden begriffen ist, es einen Zeitpunkt geben muss, wo das eine Auge ein normales, das andere ein verengtes Ge-

Die übrigen Sinnesorgane zeigten ein ungleich weniger typisches Verhalten wie das Gesichtsfeld — freilich sind auch die Untersuchungsmethoden weit gröbere.

Hervorgehoben zu werden verdient, dass zu der Herabsetzung des Gehörs sich stets eine Aufhebung der Knochenleitung gesellte, und dass in 2 Fällen partielle Anästhesien des Geschmacks („süss“ wird geschmeckt, „bitter“ resp. „sauer“ dagegen nicht) beobachtet wurden.

Da, wo der Muskelsinn gestört war, fand sich immer eine gleichzeitige Anästhesie des betreffenden Gliedes, während das Umgekehrte nicht immer der Fall ist. Dass auch die Fähigkeit, durch Tasten kleine Gegenstände in der Hand zu erkennen, mit dem sogenannten Muskelgefühl in enger Verbindung steht, darf als erwiesen gelten.

Was nun die Form der Geistesstörung anlangt, welche die mitgetheilten Fälle darboten, so lassen sich dieselben unter drei Rubriken zusammenfassen:

1. Dementia (8 Fälle);
2. chronische Paranoia (6 Fälle);
3. transitorische Angst- und Verwirrheitszustände (4 Fälle);

wobei erwähnt sei, dass sich die sub 3 aufgeführten Zustandsbilder häufiger auch fanden auf dem Boden einer gleichzeitig bestehenden Dementia oder Paranoia. Das Vorkommen transitorischer Geistesstörungen bei der Epilepsie, bei Alcoholismus, bei Kopfverletzungen resp. bei Hysterie — Delirien, hallucinatorische Verwirrtheit, Angst-anfälle, Suicidalversuche — ist ja längst bekannt, auf das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen gerade hierbei oft hingewiesen\*); eine

---

sichtsfeld zeigt. Keiner der Kranken zeigte zu allen Zeiten eine rein einseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung.

\*) Magnan, l'alcoolisme. Thomsen und Oppenheim l. c. Oppenheim l. c. — In jüngster Zeit hat Finkelstein in der Petersburger psychiatrischen Gesellschaft (Russisch. Referat in Mendel's Centralblatt 1886. No. 1) das Vorkommen der concentrischen Gesichtsfeldeinengung bei Epilepsie beobachtet und ist fast genau zu den von mir gefundenen Resultaten — die in dem Referat (auch im Vortrag?) übrigens keine Erwähnung gefunden haben — gekommen. Nur bestreitet er das Vorkommen einer stationären concentrischen Gesichtsfeldeinengung bei Epilepsie. — Pichon (de l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions sensuelles, Thèse de Paris 1885, referirt in Mendel's Centralblatt 1886, No. 3) fand in  $\frac{1}{14}$  seiner Fälle Farbenblindheit, in  $\frac{1}{5}$  concentrische Gesichtsfeldeinengung; einen Zusammenhang mit dem psychischen Zustande konnte er nicht constatiren.

grössere Bedeutung kommt den Fällen zu, in denen ein so hochgradiger Defect der Intelligenz bestand, dass die Kranken unfähig waren, im realen Leben sich zu erhalten, dass sie mit der Mitwelt in Conflict geriethen, bei denen auch dem Richter ihre Straffähigkeit zweifelhaft erschien.

Bei 6 Kranken bestand ferner eine ausgesprochene Paranoia, meist auf hallucinatorischer Basis mit fixirtem Wahnsystem, und zwar war diese Paranoia in 3 Fällen eine transitorische, die im Verlauf von Monaten heilte oder wenigstens stark zurücktrat (Lange, Nagel, Krause), während sie in den übrigen 3 Fällen absolut chronisch und stabil durch Jahre hindurch sich verhielt, nicht ohne gleichzeitig die fast allen alten Geisteskrankheiten eigene geringere oder stärkere Dementia aufzuweisen.

Anästhesien wie die geschilderten sind im Allgemeinen ausserhalb der Hysterie nicht allzu häufig, bei Geisteskranken geradezu selten, wie schon aus der kleinen Anzahl der zur Beobachtung gelangten Fälle hervorgeht. Sie stehen auch voraussichtlich nicht mit der Psychose (Dementia, Paranoia) als solcher in directer Beziehung, sondern sie verdanken ihre Entstehung bestimmten, immer wiederkehrenden Bedingungen — Bedingungen, die freilich andererseits auch für die Genese der Psychose in Frage kommen und eventuell derselben einen eigenen Charakter aufprägen.

In der Anamnese der meisten mitgetheilten Fälle finden sich drei Factoren entweder einzeln oder combinirt wieder, denen gegenüber die anderen Momente entschieden in den Hintergrund treten, und zwar:

1. der Alcoholismus;
2. die Kopfverletzung;
3. die Epilepsie.

Bei den 4 Kranken der ersten Gruppe ergab sich starker Potus, bestehend schon vor dem Ausbruch der anderweitigen Erscheinungen — Epilepsie — und als directe Ursache derselben.

Bei den Kranken der zweiten Gruppe ergab die Anamnese eine Kopfverletzung meist schwererer Art, von der sich in einem Theil der Fälle noch anatomische Reste resp. Folgezustände nachweisen liessen — Knochendepressionen, Exostosen, Trepanation. Wenn auch keineswegs jedesmal der stricte Beweis des Zusammenhanges zwischen Krankheit und Kopfverletzung als erbracht angesehen werden kann, so erscheint ein solcher Zusammenhang doch sehr wahrscheinlich in 5 Fällen (Brandenburg, Braun, Klenke, Dohrmann, Borck): die Kranken waren bis zu der Verletzung gesund gewesen, in fast directem Anschluss an dieselbe traten jene psychischen und nervösen Störungen auf,

welche zur späteren Aufnahme der Kranken führten und dann zur Beobachtung gelangten. Es ist bekannt genug, dass Kopfverletzte später an Epilepsie leiden resp. sich dem Trunke ergeben — ich erinnere nur an die öfter beobachteten Angstzustände, die durch Alkoholgenuss vorübergehend verschwinden —, so ist es denn begreiflich, dass in der Anamnese von nur 2 Kranken gleichzeitig Potus und Epilepsie — seit der Kopfverletzung — vermisst werden.

Dass bei fast allen Kranken, die als ersten Factor der Anamnese Potus zeigten, gleichzeitig Epilepsie bestand, ergibt die erste Krankheitsgruppe, und so ist es denn leider unter den 18 Kranken kein einziger, bei dem sich einer von den drei ätiologischen Factoren (Epilepsie, Potus, Kopfverletzung) allein findet.

Demgegenüber treten, wie gesagt, die übrigen ätiologischen anamnestisch ermittelten Momente sehr in den Hintergrund.

In dem einen Falle (14) waren die Krampfanfälle und das ganze Wesen des Kranken so dem einer weiblichen Hysterischen ähnlich, dass ich nicht anstehe, ihn als „Hystericus“ zu bezeichnen. Hysteriforme Anfälle bei nur getrübttem Bewusstsein und erhaltener Pupillenreaction fanden sich 3 mal; zwei der Kranken hatten aber eine Kopfverletzung erlitten (Dohrmann, Haase — letzterer übrigens imbecill) und einer hatte früher Bleikolik gehabt (Becker).

Zwei Kranke (Lange, Meyer) zeigten ein eigenthümliches Bild, das in manchen Zügen an das der multiplen Sclerose, in manchen an die von Westphal\*) in 2 Fällen beobachtete „Westphal'sche Neurose“ erinnert. Dass die Krankheitsbilder einfach als „Hysterie“ aufzufassen sind, dagegen spricht in dem zweiten Falle das Lebensalter des Kranken, die Atrophie der Extremitäten, der absolut progressive remissionslose Verlauf, in dem ersten Falle aber die Theilnahme des Facialis und Oculomotorius an der Hemiplegie, die Temperatursteigerungen, der plötzliche Tod.

Gegen die Auffassung als multiple Sclerose spricht das Fehlen so mancher charakteristischer Symptome (Intentionszittern, Nystagmus, Fehlen der Sprachstörung etc.).

Mit den von Westphal geschilderten Bildern stimmt der Krankheitsverlauf unserer beiden Patienten in manchen Stücken überein — psychische Störungen, Hemiplegien, eigenthümlich vertheilte Sensibilitätsstörungen, Erschwerung der Blasenfunction, paradoxes Phä-

---

\*) Westphal, Ueber eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund. Dieses Archiv Bd. XIV.

nomen, starke Remission der Erscheinungen (Lange) —, während dagegen wieder andere Symptome vollständig oder partiell fehlten, so die Sprachstörung, die Hemmung der willkürlichen Bewegungen, das Zittern bei denselben u. s. w. Die Bedingungen, unter denen das paradoxe Phänomen auftritt, sind bislang nicht genügend bekannt, um dasselbe differentiell-diagnostisch zu verwerthen. Ich lasse völlig dahingestellt, ob in den beiden Fällen eine mikroskopische Veränderung im centralen oder peripheren Nervensystem besteht — sollte eine solche wirklich nicht vorhanden sein, so würde das ja immer noch nicht die Auffassung der Fälle als „Hysterie“ rechtfertigen. \*)

In einem Falle (Becker) kam ätiologisch vielleicht Blei in Frage, obwohl dieser Zusammenhang nicht sehr stark betont sein soll; in einem weiteren (Krause) fand sich als einziges ätiologisches Moment ein vor langer Zeit überstandener Schlaganfall\*\*). In dem einen Falle (Pritzkow) mischten sich die Symptome der „gemischten Anästhesie“ so innig mit den Erscheinungen einer schweren materiellen Läsion, dass erst durch das plötzliche Verschwinden der ersteren die Trennung ermöglicht werden konnte.

Es kann nicht fraglich sein, dass die „gemischte Anästhesie“ in den mitgetheilten Fällen, wie überall sonst, wo sie bislang beobachtet ist, als eine centrale functionelle, nicht etwa als eine organische periphere zu betrachten ist.

Die Gründe liegen auf der Hand.

Anästhesien resp. Hemianästhesien wie diese, sind, unter der Voraussetzung einer peripheren Genese, anatomisch unmöglich, weil ihre Verbreitung mit der anatomischen Verbreitung der sensiblen Nerven in einem unvereinbaren Widerspruch steht. Sie sind also wohl sicher central, und zwar functionell, nicht organisch bedingt, einmal weil sie spontan in ihrer Intensität und Extensität schwanken,

\*) Erwähnung verdient hier auch der von Bristowe (cases of ophthalmoplegia etc. Brain, October 1885, Beob. 1) mitgetheilte Fall von completer Augenmuskellähmung ohne jeden anatomischen Befund, gegen dessen Deutung als „Hysterie“ der Verfasser sich ebenfalls mit Recht sträubt.

\*\*) Es ist mir sehr zweifelhaft, ob für die damalige Hemiplegie eine Herderkrankung angenommen werden muss. Selbst aber eine solche vorausgesetzt, glaube ich nicht, dass das jetzige Bestehen einer Hemianästhesie die genauere Localisation des Herdes — etwa in der hinteren inneren Kapsel — gestattet: die Möglichkeit des Transfers scheint mir dagegen zu sprechen, obwohl Charcot (cf. p. 482, Anm.) Transfer auch bei einer cerebral bedingten Hemianästhesie fand.

und weil sie zuweilen verschwinden und wieder auftreten, ferner aber auch, weil sie dem Transfert zugänglich sind.

Nur in einem Theil der Fälle — in 8 — sind bezügliche Versuche angestellt, und zwar, was ich besonders hervorheben möchte, sowohl mit dem Magneten als mit einer Bleimitation desselben. In 3 Fällen verhielt sich die Sensibilität gegen den Einfluss des Magneten absolut refractär (Lange, Meyer, Braun); in 5 Fällen dagegen reagierte die Anästhesie auf den Magnetversuch.

Zweimal (Becker, Nagel) trat ein typischer Transfert ein, derart, dass die Hemianästhesie auf die andere Seite überwanderte; dreimal dagegen war der Transfert ein incompleter, d. h. es trat ein Ueberwandern der Anästhesie auf die andere Seite nur für einzelne Sinnesorgane (Gesicht, Gehör) ein, während die cutane Sensibilität nun auf beiden Seiten gleich wurde; oder aber es trat nur ein Verschwinden resp. Abklingen der Anästhesie auf der Seite, wo der Magnet angelegt wurde, ein, ohne dass auf der anderen Seite die Sensibilität eine Beeinträchtigung erfuhr.

In einem Falle (Becke) zeigte sich nach Anlegung des Magneten regelmässig eine Erweiterung des concentrisch verengten Gesichtsfeldes.

Eine „Heilung“ der Anästhesie, wie sie von anderen Autoren beobachtet wurde\*), d. h. eine dauernde Beseitigung derselben, wurde durch Magnetversuche nie erzielt, immer stellte sich dieselbe nach einiger Zeit wieder ein — dagegen sei noch einmal erwähnt, dass einige Male die Sensibilitätsstörungen spontan plötzlich oder allmählig verschwanden.

Es kann nicht geleugnet werden, dass die geschilderten Anästhesien in allen Fällen, sowohl was ihr Verhalten — Vertheilung, Auftreten und Verschwinden — als ihre Reaction gegen Transfertversuche anlangt, eine grosse Uebereinstimmung zeigen mit den oft beschriebenen Anästhesien der Hysterischen — hat man aber deswegen die Berechtigung, diese Sensibilitätsstörungen als „hysterische“ aufzufassen und zu bezeichnen? Oppenheim hat bereits die gegen diese Auf-

---

\*) Caizergues (Etude comparé etc. Montpellier, Juli 1878) beseitigte eine Hemianästhesie (ohne Lähmung) dauernd durch den Inductionsstrom bei einem Manne, welcher an Chorea gelitten hatte.

Charcot (Troubles de vision etc. Gaz. des hôpit. 1878, No. 9) beseitigte durch Metallotherapie dauernd eine Hemianästhesie aus cerebraler Ursache.

fassung sprechenden Gründe geltend gemacht; es sind fast dieselben, welche auch ich an der Hand der mitgetheilten Beobachtungen anführe.

Ein Einwand, der nahe liegt, ist der, dass nur ein ganz kleiner Bruchtheil das zeigte, was man als „psychisch-hysterisches Wesen“ bezeichnet und bislang (in Deutschland wenigstens) als wesentliches Postulat für die Diagnose „Hysterie“ festgehalten hat. Der grössere Theil der Kranken zeigte vielmehr eine Abstumpfung der Intelligenz und ein gleichmüthiges, meist stilles gedrücktes, eher hypochondrisches, nur bei Widerspruch etc. reizbares Wesen. Indessen meint Charcot\*), dass bei der männlichen Hysterie ein gleichmässig deprimirtes Wesen weit häufiger gefunden werde, als das wechselnde psychische Verhalten der Hystericae. Weit gewichtiger aber ist der Einwand, dass von den 18 Kranken elf an echten epileptischen Anfällen mit Pupillenstarre, Bewusstseinsverlust, Verletzungen und Zungenbiss litten — es erscheint doch gewagt, bei einem ausgesprochenen Epileptiker auftretende Sensibilitätsstörungen als „hysterische“ aufzufassen.

Noch viel weniger aber ist mit dem in Deutschland gebräuchliche Begriff „Hysterie“ der Befund einer reflectorischen Pupillenstarre zu vereinigen, wie in Fall 10. Der Fall 17 (Pritzkow) zeigt ferner, dass sich der Symptomencomplex der „gemischten Anästhesie“ finden kann bei einem Kranken, der die allerschwersten, wohl einer Meningitis angehörigen Symptome von Seiten des Gehirnes und Rückenmarks aufweist — die Anästhesie verschwindet plötzlich und erweist sich dadurch als ein functionelles Symptom, die eine Zeit lang starren Pupillen reagiren aber sehr träge und die Kniephänomene fehlen dauernd\*\*).

Auch die Beobachtungen Lange und Meyer lassen sich schwerlich unter „Hysterie“ rubriciren, wie das schon vorstehend des Weiteren ausgeführt ist.

\*) A propos de six cas d'hystérie chez l'homme. Progrès medical 1885, No. 18.

\*\*) Es scheint allerdings, als wenn von den französischen Autoren der Begriff „Hysterie“ viel weiter gefasst wird als in Deutschland. In der Sitzung der Société med. des hôpit. zu Paris vom 27. Juni 1885 stellte Ferréol zwei männliche Kranke vor, die er als „Hysterische“ bezeichnet, trotzdem bei beiden eine atrophische Lähmung des Armes bestand. (Referat, Mendel's Centralbl., 1886, No. 3.)

Es scheint mir keineswegs ein blosses Spiel mit Worten, wenn ich die Bezeichnung „functionell“ für die in Rede stehenden Sensibilitätsstörungen für berechtigt halte, die Bezeichnung „hysterisch“ dagegen verwerfen zu müssen glaube: das Bestehen functioneller Symptome schliesst das gleichzeitige Vorhandensein materieller Läsionen keineswegs aus und präjudicirt daher nichts bezüglich der Grundkrankheit und der Prognose, während unter „Hysterie“ in Deutschland doch bislang allgemein eine rein functionelle (ohne organischen Befund) und daher eine reparable Erkrankung des Nervensystems verstanden wurde, eine Anschauung, von der abzugehen, meines Erachtens mühsam Errungenes preisgeben hiesse.

---