

III.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg.

(Prof. Fürstner.)

Doppelseitige Hemianopsia inferior und andere, sensorisch-sensible Störungen bei einer functio- nellen Psychose.

Von

Dr. A. Hoche,

Assistenzarzt.

~~~~~

Die nachstehende Beobachtung, deren Veröffentlichung mir Herr Hofrath Fürstner freundlichst gestattet hat, schliesst sich an die in den letzten Jahren häufiger bekannt gewordenen Fälle von mehr oder weniger ausgedehnten sensorisch-sensiblen Störungen bei Geisteskranken an. Die Seltenheit und die Eigenthümlichkeit der dabei beobachteten Sehstörung machen den Fall besonders bemerkenswerth. — Im Interesse der Uebersichtlichkeit will ich den Krankheitsbericht so geben, wie er durch die nachträglichen Angaben der inzwischen genesenen Kranken hat ergänzt werden können.

Frau X. Y., 27jährige, israelitische Kaufmannsfrau, ist hereditär stark belastet; der Vater leidet an häufigen Migräneanfällen, neigt zu hypochondrischer Verstimmung, die Mutter, welche 12 Stunden nach der Geburt unserer Patientin an Verblutung starb, scheint epileptisch gewesen zu sein, eine Stiefschwester der Kranken ist zur Zeit in einer Irrenanstalt, zwei Brüder stotterten als Schulknaben, ein anderer wird als sehr jähzornig, alle Familienmitglieder als nervös geschildert. — Die Patientin war von Kindheit an schwächlich, sensibel, schreckhaft, litt schon früh an allerlei Sensationen; z. B. war es ihr unbehaglich, mit dem Rücken gegen eine Thür zu sitzen, auf der Strasse hatte sie oft das Gefühl, als ob ihr Jemand nachschliche u. dgl.; sie träumte immer

sehr lebhaft. — Die Entwicklung der Intelligenz war gut; Patientin hat viel gelesen, vielerlei Interessen gezeigt.

Mit 15 Jahren wurde sie wegen einer Affection des rechten Ohres betroffen, hörte seitdem rechts weniger gut. Die Menses traten zum ersten Male mit 16½ Jahren auf, waren regelmässig, aber häufig mit Schmerzen verbunden; auch sonst bestanden chlorotische Beschwerden, Kopfschmerzen, Dyspepsie, dagegen keinerlei hysterische Symptome, keine ernstere Erkrankung. — Mit 20 Jahren knüpfte Patientin ein Verhältniss mit einem Studenten an, welches sie unter häuslichen Unannehmlichkeiten gegen den Willen der Eltern aufrecht erhielt, bis sie es selbst löste, nachdem der betr. zweimal durch das Examen gefallen war; sie selbst datirt auf diesen Zeitpunkt (Ende 1888) den Beginn einer gemüthlichen Depression, unter deren Einfluss sie auch zur Zeit ihrer definitiven Verlobung mit einem andern und bei der Hochzeit (Mai 1889) gestanden haben will; sie giebt an, schon damals „kalt“ gewesen, sich selber lieblos und gefühllos vorgekommen zu sein. — In den ersten Tagen ihrer Hochzeitsreise erkrankte sie in der Schweiz an einem heftigen Ruhranfall; sie hatte grosse Schmerzen, wurde in Folge starken Blutverlustes per anum sehr elend, erholte sich nur langsam; trotzdem concipirte sie im August 1889. In der ganzen ersten Hälfte der Gravidität wurde sie von häufig tagelang andauerndem Erbrechen geplagt; ihre Gemüthslage war deprimirt; sie hatte keine Interessen, keine Freude an Geselligkeit, machte sich Vorwürfe, gegen ihren Mann lieblos zu sein u. s. w. — Die Influenza, die sie im Januar 1890 durchmachte, brachte eine weitere Steigerung ihrer Beschwerden, sie scheint damals auch an Parästhesien der Hände und Füsse gelitten zu haben. Die Gravidität kam indessen zum normalen Ende; am 6. Mai 1890 wurde Patient. nach langer Geburtsdauer mit der Zange von einem starken Kinde entbunden. Von einem vernachlässigten Dammriss aus scheint eine Infection stattgefunden zu haben, vom 3. Tage an traten Temperaturen bis zu 41° C. auf, Patientin schwiebte in Lebensgefahr. — Von dieser Zeit an nahmen die psychischen Erscheinungen rasch zu; schon während des hohen Fiebers bestanden bei starker Bewusstseinstrübung zahlreiche Illusionen und Hallucinationen fast aller Sinne und des Allgemeingefühls; das Bett brannte mit kleinen blauen Flämmchen, im Zimmer war ein furchtbarer „heisser“ Geruch, das ganze Haus wurde in die Höhe geschraubt, die Wände schwankten, vor dem Fenster sprachen Vorerbgehende davon, sie habe „die Seuche“ nach der Stadt gebracht, sie sei eine Teufelin; sie hörte, wie die Leute auf der Strasse in Folge der durch sie veranlassten „Pest“ nach Luft schnappten, sie sah Todtenskelette, hatte das Gefühl sterben zu müssen, lebhafte Angstempfindungen. Als sie etwas klarer wurde, kam ihr der Impuls, sich und ihr Kind aus der Welt zu schaffen; der Trieb war so stark, dass sie das Kind zu entfernen bat; sie selbst benutzte einen kurzen Augenblick, als die Wärterin das Zimmer verlassen hatte, um, angetrieben von Stimmen, die ihr zuriessen: „thu's doch, thu's doch“, ein Fläschchen mit Opiumtinctur (ca. 10 Grm.), das in ihrer Nähe stand, auszutrinken. Dank rasch eingreifender Hülfe, kam sie nach längerem Schlaf wieder zu sich.

Nach alledem war die Kranke körperlich auf das äusserste heruntergekommen, sie war appetitlos, schlaflos, hochgradig anämisch; die Gehörs-hallucinationen bestanden fort und trugen wohl in Verbindung mit Illusionen und Umdeutungen wirklicher Vorgänge zur Entwicklung der melancholischen Wahnideen bei, die neben häufigen, bis zur Verzweiflung gehenden ängstlichen Erregungen das Krankheitsbild monatelang beherrschten. Nach verschiedenen anderen Heilversuchen kommt Patientin hier zur Aufnahme (6. August 1890). —

Patientin ist eine kleine, gracil gebaute Frau; auffallende Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute; keine Oedeme oder Drüsenschwellungen; Schädel eigenthümlich gebildet; Hinterhaupt ganz flach, Asymmetrie des Gesichtsskelettes; vorstehender Oberkiefer. — Es besteht alternirender Strabismus divergens; Patientin fixirt meist mit dem rechten Auge, lässt das linke, mit dem sie weniger gut sieht, nach aussen abweichen. — Zunge stark belegt; foetor ex ore. — Innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. — Sensibilität ohne gröbere Störung; Sehnenreflexe, namentlich der der Patellarsehne lebhaft; Bewegungen ungestört; geringe Kraft.

Urin normal, ebenso die Temperatur; Puls klein, 96; Körpergewicht 93 Pfund.

Patientin ist von guter Intelligenz und guter Bildung; sie ist orientirt über Raum und Zeit; in ihren Antworten ist sie misstrauisch und zurückhaltend. Eine stärkere psychische Hemmung ist zur Zeit nicht vorhanden; Perception und Apperception ziemlich prompt.

Patientin sitzt meist halbaufrecht im Bett, still vor sich hinbrütend, ab und zu weint sie, klagt und jammert. Es bestehen lebhafte aber monotone Selbstanklagen; sie ist eine Hexe, sie ist Schuld daran, dass ihre Angehörigen in Folge ihrer angeblichen Aeusserungen unschuldig ins Zuchthaus kommen; ihre Seele ist fort, an Stelle des Herzens sitzt ihr ein Stein in der Brust; sie kann nicht mehr fühlen wie sonst; übernatürliche Mächte haben sie zu dem gemacht, was sie jetzt ist; ihr Aufenthalt hier ist nur das Vorstadium zur definitiven Zuchthausstrafe, die sie für ihren Selbstmordversuch erwartet u.s.w. — Das Bestehen von Sinnestäuschungen ist zur Zeit nicht sicher zu constatiren. — Appetit und Schlaf schlecht. — Das gleiche Bild bestand bei ungünstiger Nahrungsaufnahme, ungenügendem Schlaf, unter allmäligem Sinken des Körpergewichtes, wochenlang mit geringen Schwankungen; ab und zu traten besonders lebhafte Angstzustände auf, bei denen sich die Kranke jammern und die Haare rauend am Boden wälzte; allmälig aber nahm der depressive Affect ab, Patientin war leidlich gefasst bei mehreren Besuchen der Anverwandten, dissimulierte ihre Wahnideen; mit Ausnahme einer kurzen Zeit Anfang September keine Spur von Krankheitseinsicht; wie sich später herausstellte, hatte die Kranke sogar hier im Hause, trotz ständiger Ueberwachung, einen Suicidversuch gemacht, der ihr indessen ausser etwas Magenschmerzen keinen Nachtheil brachte; sie verschluckte ein kleines Bündel von Eisenhobelspanen, wie sie zum Reinigen des Parquetfussbodens benutzt werden, die sie zu diesem Zwecke gesammelt hatte, — Schon während dieser ganzen Zeit

hatte sie, wie sie später angab, ein pelziges Gefühl in den Fingern gehabt, beim Tasten weniger gut empfunden; damals klagte sie nicht darüber.

8. November: Morgens fühlte sich Patientin besonders schlecht; sie hatte starkes Kopfweh, klagte über Schwindel, der so stark war, dass sie auf dem Corridor zweimal hinstürzte; sie war noch stiller als sonst. — Bei der Abendvisite macht sie einen ganz veränderten Eindruck: wirres Haar, glänzende Augen, gespannter Gesichtsausdruck; Patientin starrt in die Luft, horcht aufmerksam nach rechts, reagiert mit wechselnder Mimik offenbar auf Gehörs-hallucinationen, dagegen so gut wie gar nicht auf ihre reale Umgebung. Nach wiederholtem Befragen antwortet sie allmälig, verstummt inzwischen plötzlich wieder, blickt nach rechts.

Seit 2 Stunden hört sie sich in's rechte Ohr von einer leisen Stimme rufen: „Komm, komm“; nachdem dies kurze Zeit bestand, spürte sie ein „Krachen im Kopf“, sah plötzlich Teufelchen im Zimmer herumtanzen, später auch ihre eigene Schwester mit einem Kranz im Haar; dies schwand und wichen bunten Farbenringen, hin- und herschiessenden Sternen, Funken, Lichtkreisen, die sich in unaufhörlichen Bewegungen vor ihren Augen tummeln; jetzt sind daraus blumenartige Gebilde geworden, die mit den ihr bekannten keine Ähnlichkeit haben, die sich ebenfalls bewegen, mit dem Drehen des Kopfes mitgehen. Patientin fährt auf Aufforderung die Bewegungen der Phantasmen vor ihrem Gesichte mit dem Finger nach, in hin- und hergehenden Wellenlinien.

Bei dem Versuche, die Kranke aus einiger Entfernung die Finger zählen zu lassen, fallen die eigenthümlichen Bewegungen des Kopfes auf; Patientin dreht ihn hin und her, verändert suchend den Gesichtswinkel zu dem zu betrachtenden Object, macht falsche Angaben über die Fingerzahl; auf Befragen giebt sie an, dass sie nicht Alles sähe wegen „ihrer Blumen“. Eine sofort vorgenommene Augenspiegeluntersuchung ergiebt negativen Befund, eine grobe Prüfung des Gesichtsfeldes dagegen doppelseitigen absoluten Ausfall der ganzen unteren Hälfte. Gleichzeitig ergiebt sich, dass die subjectiven Gesichtswahrnehmungen ausschliesslich in der ausgefallenen Hälfte ihren Sitz haben.

Der Ausfall zeigt sich bei der Prüfung mit dem Zifferblatt einer Taschenuhr in gewöhnlicher Haltung begrenzt durch eine Linie, die der Zeigerstellung: 13 Minuten nach 9 Uhr entspricht; bei dieser Stellung sieht die Kranke die beiden Zeiger eben noch, von den Zahlen die 10, 11, 12, 1 und 2; alles andere nicht. — Von einer weiteren Untersuchung der Kranken, deren Aufmerksamkeit nicht mehr zu concentriren ist, wird vorläufig Abstand genommen.

Patientin äussert gar kein Erstaunen darüber, dass sie alles nur halb sieht, ist ganz von „ihren Blumen“ in Anspruch genommen; sie klagt dabei über Kopfweh, einen „unangenehmen Geruch“, ein „heisses trockenes Gefühl im Munde“; kommt sich selbst „ganz anders“ vor. — Temperatur 36,8; Puls 130!

9. November: Patientin ass gestern nichts zu Nacht, klagte über den faden Geschmack des Bieres, wunderte sich, das Opiumpulver nicht so bitter wie sonst zu finden; die Nacht war schlaflos; die Patientin sass aufrecht im

Bett horchend, und mit ihren Gesichtswahrnehmungen beschäftigt. Heute das gleiche Bild wie gestern; Patientin ignorirt vollkommen die Umgebung, zeigt keinerlei Theilnahme, wenn man an ihrem Bette über Dinge spricht, die sie sonst interessirten (z. B. ihr Kind), antwortet auch nicht auf Fragen, die man in gewöhnlichem Tone an sie richtet; wenn man dagegen wiederholt dringend sie anspricht, sie anstösst, so ergiebt sich aus ihren Antworten, dass keine stärkere Bewusstseinstrübung vorliegt; Patientin urtheilt richtig, zeigt sich ganz orientirt; sie hat selbst ein Gefühl dieses Zustandes: ich kann nicht nachdenken, ich muss „sehen“; oder: ich kann nicht zuhören, was Sie sagen, „weil es ruft“. Wenn man sich länger mit ihr beschäftigt, wird ihre Aufmerksamkeit grösser, sie giebt dann gut und ziemlich prompt Auskunft; ab und zu wendet sie dazwischen plötzlich den Kopf lauschend nach rechts; allerdings ermüdet die Kranke sehr leicht, und das nachstehende Resultat der genauen Untersuchung wurde erst im Laufe mehrerer Tage gewonnen und durch wiederholte Prüfungen controlirt.

**Sensibilität:** Für feinere Reize an der ganzen Körperoberfläche und den erreichbaren Schleimhäuten herabgesetzte Empfindlichkeit; Pinselberührungen werden nur im Gesicht wahrgenommen, stärkerer Druck wird überall empfunden, ziemlich gut localisiert.

Kleine Gegenstände, die ihr in die Hand gegeben werden, erkennt sie nach längerem Betasten; die Weber'schen Tastkreise zeigen ziemlich gleichmässig eine Vergrösserung um das 3—4fache; eine Differenz zwischen den beiden Körperhälften ist nicht vorhanden. — Der Temperatursinn ist nicht wesentlich beeinträchtigt. Nirgends Hyperästhesie. — Die Schmerzempfindung ist am Rumpf und den Extremitäten fast aufgehoben, im Gesicht herabgesetzt; an jenen Stellen werden tiefe Nadelstiche nur als „Drücken“ oder „Ziehen“ empfunden; bei der faradocutanen Prüfung (mit Erb'scher Elektrode) tritt Schmerzempfindung auch an den Extremitäten und am Rumpfe auf. Der Eintritt der ersten Empfindung vom Strom erfolgt fast bei dem gleichen Rollenabstand wie bei einer gesunden Person, die erste Schmerzempfindung (an den Vorderarmen und Unterschenkeln) bei ca. 30 Mm. geringeren Rollenabstand. Patientin klagt über „Wimmeln und Krabbeln“ in Händen und Füßen, hat ein „anderes Gefühl“ von ihrer Unterlage wie sonst, hat Mühe beim Schlucken, weil sie den Bissen nicht ordentlich fühlt. — Muskelsinn nicht nachweislich verändert.

**Motilität:** Keine Lähmung, grosse Schwäche aller Bewegungen, die aber ohne sonstige Störung vor sich gehen.

**Reflexe:** Hautreflexe schwach; Sehnenreflexe gegen früher nicht verändert.

**Blase und Mastdarm** functioniren wie sonst. — Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt Patientin deutlich; ebenso beim Gehen (theilweise von der Sehstörung abhängig s. u.).

**Gehör:** Eine laut schlagende Taschenuhr wird links bis 25 Ctm., rechts bis 10 Ctm. gehört; bei Knochenleitung rechts keine, links (nur auf dem Schläfenbein) schwache Wahrnehmung des Tickens; rechts subjective Ge-

räusche — Sausen — Rauschen; die Stimme, die ihr ruft, hört sie nur auf dem rechten Ohr, der Inhalt der Hallucinationen ist auffallend monoton: „komm“ oder „geh mit mir“, später „Trotzkopf“ u. dergl. — Mit dem Ohrenspiegel lässt sich keine Anomalie constatiren.

Geruch vollkommen geschwunden auf beiden (einzelnen geprüften) Nasenlöchern, auch für stark riechende Substanzen (Baldrian u. ähnl.); einzelne subjective Wahrnehmungen unangenehmer Art.

Geschmack beiderseits erloschen für süß, salzig, sauer; für bitter (starke Chininalösung) schwache Empfindung. Die Speisen schmecken wie „Hobelspäne“. — Appetit ganz geschwunden: „ich ässe am liebsten gar nichts“.

Gesichtssinn: Patientin macht die gleichen Angaben wie am 8. November; im einzelnen ergiebt sich: keine Muskellähmungen; Augenhintergrund ganz normal (Dr. Bernheimer, Dr. Wagenmann); beiderseits hypermetropischer Astigmatismus.

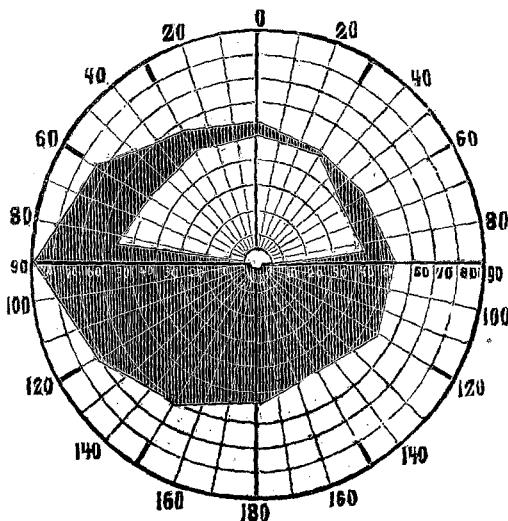
Sehschärfe lässt sich nicht genau bestimmen; jedenfalls unter normal (siehe unten).

Gesichtsfeld: Wiederholte Aufnahmen am Förster'schen Perimeter (als Prüfungsobject diente ein weisses Papierquadrat von 0,5 Ctm. Seitenlänge) ergeben das in umstehender Zeichnung fixirte Bild; (im Bereich der weissen Partie sieht die Kranke, die äussere Grenzlinie giebt den Umfang des Gesichtsfeldes nach dem Verschwinden der Sehstörung; s. unten). Die für die einzelnen Farben gewonnenen Gesichtsfelder habe ich nicht eingezeichnet, die Resultate schienen mir unsicher bei der grossen Ermüdbarkeit der Kranken, die auch nur ungern an das Perimeter kam, weil die Untersuchung Kopfweh und Schwindel vermehrte; ausser für grün scheint keine bedeutende Einengung zu bestehen.— Die kleine Delle im Centrum, welche, die Grenzlinie unterbrechend, in die nicht sehende Hälfte übergreift, zeigt sich von constanter Grösse, die sich ziemlich genau bestimmen lässt. Ich habe wiederholt für jedes einzelne Auge die Entfernung ermittelt, bei der ein weisses Papierquadrat von 14 Mm. Seitenlänge von der Kranken so gesehen wurde, dass seine Ränder die Ränder der Einsenkung schnitten; dies war ziemlich constant bei einer Entfernung des Quadrates von der Cornea von 41 Ctm. der Fall. Daraus ergiebt sich, wenn wir die Distanz der vorderen Cornealfläche zur Retina zu 23 bis 26 Mm. ansetzen, für die der Einsenkung im Gesichtsfeld auf der Netzhaut entsprechende Stelle ein Durchmesser von 0,78 bis 0,88 Mm. (cfr. folgende Seite).

Die Grenze des oberen und unteren Feldes ist nach den eigenen Angaben der Kranken, die dem objectiven Perimeterbefund entsprechen, eine ganz scharfe, die subjectiven Gesichtswahrnehmungen des unteren Feldes reichen nicht ganz bis zur Grenze, sondern bleiben durch einen Strich, der nicht schwarz, sondern „gar nicht“ aussieht, davon getrennt; Patientin schildert die subjectiven Erscheinungen mit solcher Gleichmässigkeit, dass man ihrer Beschreibung wohl trauen darf.

Vor einem hellen Hintergrund, der aus grünen und röthlichen sich be-

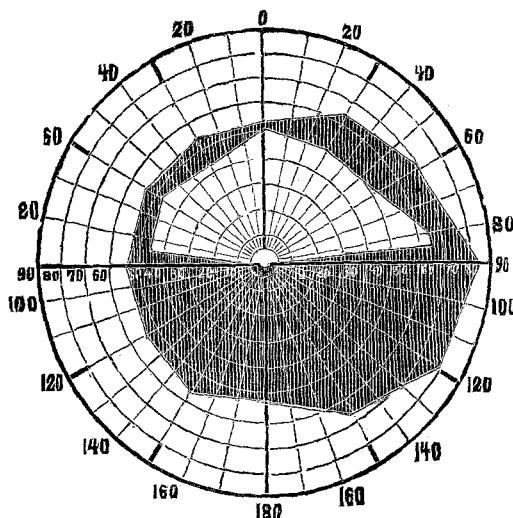
Linkes Auge.



wegenden Wellenlinien gebildet wird, schweben blumenartige Gebilde von verschiedener Axenstellung, blauer und gelber Farbe, hin und her; die obersten davon werden von dem Strich abgeschnitten, „wie das Muster einer Tapete, wenn das Stück zu Ende ist“, im Centrum des Blickfeldes sind sie am deutlichsten, nach der Peripherie zu nimmt die Deutlichkeit ab, die äussersten sind nicht mehr genau zu erkennen; Patientin sieht das ganze Phänomen flächenhaft vor sich in einer scheinbaren Entfernung von etwa 30 Ctm. ausgebretet. Die ganze für Eindrücke der Aussenwelt ausgefallene Gesichtsfeldhälfte ist mit dieser Erscheinung erfüllt, welche die Aufmerksamkeit der Kranken vielmehr in Anspruch nimmt, als die wirklichen von aussen zugeführten Wahrnehmungen im sehenden Bezirk.

Bei binocularem Fixiren sieht die Kranke auch die Grenzlinie, speciell die centrale Einsenkung, einfach; wenn sie jedoch durch Ablenken ihres linken Auges freiwillig doppelt sieht, oder bei passiver Verschiebung des einen Bulbus nach oben oder unten, kommt ihr auch die Grenzlinie der ausgefallenen Partie doppelt zum Bewusstsein. — Bei geschlossenen Augen sind die Farbenphänomene noch lebhafter; das obere Feld ist dann (wie beim gesunden) mattröthlich erleuchtet; minutenlanger sanfter Druck auf den Bulbus in toto ruft im oberen Feld Sterne und Funken hervor, die aber von den anderen farbigen Erscheinungen verschieden sind. — Die Phosphene sind im ausgefallenen Bezirk erhalten, Druck mit dem Bleistift auf den temporalen oberen Quadranten ruft den bekannten Lichtring hervor, den die Kranke ganz correct nach unten nasalwärts projicirt; da, wo der helle Kreis liegt, schwanken die „Blumen“. — Beim Vorhalten eines starken farbigen Prismas vor

## Rechtes Auge.



das eine Auge mit der Kante nach oben, entstehen übereinanderstehende Doppelbilder; bei der Haltung mit der Kante nach unten sieht die Kranke das Object einfach, ungefärbt.

Die Pupillen reagiren sowohl bei Accommodation als bei Lichteinfall, und zwar gleichviel ob man den Strahl (Flammenbildchen im Spiegel) auf die obere oder untere Retinalhälfte fallen lässt.

Die Kranke ist durch die Sebstörung sehr behindert; sie geht ängstlich, tappend, schwankt; auch bei geneigter Kopfhaltung kann sie den Boden unter ihren Füssen nicht erblicken; Messer und Gabel, den Teller, das Essen sieht sie nicht, sie muss gefüttert und angezogen werden.

Bemerkt mag hier noch werden, dass Einathmung von Amylnitrit, welches sonstige starke Wirkungen zeigte, und grosse Alkoholgaben auf das Verhalten des Gesichtsfeldes ohne jeden Einfluss blieben.

Im weiteren Verlaufe bildete die Hauptklage der Kranken ein äusserst quälender Kopfschmerz, der sich vom Scheitel zum Hinterkopf erstreckte; dabei bestanden allerlei Sensationen im Kopfe „als wenn etwas hin und her fiele“ u. dergl.; die Nahrungsaufnahme war ungenügend, der Appetit bei dem faden Geschmack aller Speisen minimal, der Schlaf unzulänglich, namentlich in der ersten Zeit durch die Sinnestäuschungen gestört.

Die Sensibilitätsverhältnisse blieben unverändert, ebenso der objective Befund am Sehapparat und die „Blumen“; mehrere Tage lang bestand eine sehr eigenthümliche Gesichtshallucination: Patientin sah einen halben Kopf, dessen untere nicht gesehene Hälfte in den Bereich der Farbenerscheinungen fiel; es war ihr eigenes Gesicht, welches sie blass und mit traurigem Ausdruck

Nächte lang vor sich sah, wohin sie auch den Blick richten mochte; die Kranke wurde durch diese und andere Hallucinationen von scheusslichen Fratzen, welche sie übrigens ganz und immer nur im oberen percipirenden Felde erblickte, sehr erschreckt; manchmal konnte man sie stundenlang auf dem Bettende sitzen sehen, in der Absicht, den „Fratzen“ zu entfliehen; nur die Angst, den Boden zu betreten, den sie nicht sab, hielt sie am Bett zurück.

Die Geschmacks- und Geruchsbeeinträchtigung blieb zunächst constant; die Geräusche im rechten Ohr nahmen noch an Intensität zu; bisweilen wurde das „Plätschern“, „Donnern“, „Krachen“ so stark, dass Patientin an sie gerichtete Fragen nicht verstand; die Gehörshallucinationen blieben auf das rechte Ohr beschränkt; Patientin unterschied zwei Arten von Stimmen; die eine sprach direct an sie, häufig leise in das Ohr hinein, die anderen sprachen „über sie“, mehr aus der Ferne, letztere waren besonders quälend, weil Patientin vieles davon als zu leise gesprochen nicht verstand und über den Inhalt grübeln musste, der meist unangenehmer Natur war.

Patientin hatte keine Einsicht für das Subjective ihrer Gehörstäuschungen, bezog die feinen Stimmen auf Averwandte, welche sie hier im Hause wähnte.

Im psychischen Status trat allmälig eine Aenderung insofern auf, als die Aufmerksamkeit etwas grösser wurde, Patientin weniger schwer aus ihrem apathischen Hinbrüten herauszureißen war; man hatte den Eindruck, als ob nach und nach eine gewisse Gewöhnung an die zahlreichen subjectiven Sinneswahrnehmungen eingetreten sei, welche die Reize von aussen leichter in's Bewusstsein dringen liess.

Es zeigte sich nun, dass die früheren melancholischen Wahnideen fast ganz geschwunden waren; die Kranke sprach sich nur ungern darüber aus; gleichzeitig ergab sich das Bestehen eines auffallenden Gedächtnissdefectes; Patientin hat an die ganze hier im Hause verbrachte Zeit bis zum Beginn der Sehstörung nur eine ganz lückenhafte Erinnerung; sie weiss nichts vom Besuche ihres Vaters, nicht, in welchem Zimmer sie früher gelegen hat u. s. w., die Zeit ihrer Krankheit bis zur Aufnahme hier ist ihr auch nicht ganz gegenwärtig; auch auf vieles aus früheren Jahren sich zu besinnen, fällt ihr schwer. Sie hat ein lebhaftes Gefühl dieser Hemmung, welches sie auf alle mögliche Weise zu charakterisiren sucht: „es reicht nicht“ — „die Sachen, die ich weiss, liegen vorn, an die anderen kann ich nicht heran“; dabei wird sie von zwangsmässig sich ihr aufdrängenden Wortbildern (keinen eigentlichen Zwangsvorstellungen) gepeinigt; es taucht ihr plötzlich ein Wort auf, welches sie wiederholen muss, über dessen Bedeutung sie zu grübeln hat; meist sind es fremdsprachliche, ungewöhnliche Ausdrücke: z. B. Makrobiotik — hydraulisch — Aggregatzustand — Hypotenuse — Mondamin — pragmatische Sancition — und ähnliches; „es denkt in mir“, sagt die Patientin.

Am 27. November traten zum ersten Male seit der Geburt die Menses wieder auf, schwach, schmerzlos, ohne Steigerung der sonstigen Erscheinungen; im Gegentheil zeigte sich seitdem eine langsame Besserung; Schlaf und Nahrungsaufnahme wurden besser; die Aufmerksamkeit concentrirter, die psychische Ermüdbarkeit und Schwäche weniger deutlich.

Die Hallucinationen im rechten Ohr wurden seltener, schwanden Anfang December ganz; das „Sausen“ blieb. —

Am Sehapparat trat keine wesentliche Aenderung ein.

Die Sensibilitätsstörung der Haut, welche fast constant geblieben war, änderte sich insofern, als die Analgesie nicht mehr vollständig war, d. h. stärkere Reize — Kneifen der Haut — schwach als Schmerzen empfunden wurden; niemals, im ganzen Verlaufe, zeigte sich eine Differenz zwischen den beiden Körperhälften.

Am 13. December Morgens hatte die Kranke zum ersten Male wieder einen schwachen Geschmack beim Frühstück, war sehr erfreut darüber; am Abend war sie sehr erregt, sprach hastig und viel, erzählte, es sei ihr so leicht, „als wenn es Frühling würde“, sie habe wieder weinen können, was ihr so lange versagt gewesen sei. Nach einer halben Stunde liess sie mich rufen, um mir mitzuteilen, dass sie wieder „ganz“ sehen könne. Nachdem sie eine Zeit lang die Augen geschlossen hatte, schwanden die „Blumen“, als sie sie öffnete sah sie auch nach unten die wirklichen Gegenstände.

Patientin war furchtbar erregt, sprach schnell bis zur Unverständlichkeit, bei lebhaftester Association; die gehobene Stimmung, das Glücksgefühl contrastirten mit dem Zustand der letzten Wochen in einer Weise, die an das Bestehen einer circulären Psychose, an den Uebergang der Melancholie in eine Manie denken liess.

Patientin schlief die Nacht kaum; die objective Untersuchung am anderen Morgen ergab: das Gesichtsfeld ganz normal (cf. die Zeichnung); Geschmack ganz wieder hergestellt; Schmerzempfindung und Tastempfindung nur noch an den unteren Extremitäten herabgesetzt; Knochenleitung für Schalleindrücke besser, wenn auch keineswegs normal (auch links noch herabgesetzt); Rauschen und Sausen rechts besteht weiter; Geruch ohne Störung. Die Stimmung erinnert an die der maniakalischen, eigentliche Ideenflucht fehlt. — Appetit besser.

Die lebhafte Erregung nahm in den nächsten Tagen ab; Patientin zeigte Kranheitseinsicht, wenn sie auch noch an einzelnen Umdeutungen früherer Ereignisse im Sinne ihrer damaligen Wahnldeen festhielt; die Erinnerung an die Vorgänge während ihres Aufenthaltes hier ist fast vollkommen zurückgekehrt. — Nach einigen Tagen wurden die Augen nochmals genau untersucht (Dr. Bernheimer). Es ergab sich bei normalem Hintergrunde:

Sehschärfe rechts =  $\frac{6}{24}$  bis  $\frac{6}{18}$ , links =  $\frac{6}{18}$  bis  $\frac{6}{12}$ ; beiderseits hypermetropischer Astigmatismus; rechts bis zu + 2 D.

Seither hat die Besserung weitere Fortschritte gemacht; die Sensibilitätsstörung an den Beinen ist ganz verschwunden, das Sausen im rechten Ohr besteht, wenn auch weniger lebhaft, noch immer; Sinnestäuschungen sind nicht wieder aufgetreten. — Die Stimmung ist gleichmässiger; Patientin liest und beschäftigt sich etwas. Da die Menses regelmässig auftreten und das

Körpergewicht langsam, aber regelmässig in die Höhe geht, ist Genesung zu erwarten \*).

Kurz zusammengefasst: Eine 27jährige, stark belastete Frau, deren nervöse Disposition sich in schon früh auftretenden Symptomen ausspricht, wie wir sie bei neuropathischen Individuen häufig finden, erkrankt, nachdem schon eine Zeitlang eine gewisse gemüthliche Depression bestanden hat, nach einer raschen Häufung tiefeingreifender körperlicher Schädlichkeiten im Puerperium unter lebhaften psychischen Erscheinungen: Bewusstseinstrübung, massenhaften Sinnestäuschungen; nach Abnahme der ersten heftigen Erscheinungen besteht bei grosser Anämie monatelang eine schwere melancholische Verstimmung; schon jetzt sind geringe Sensibilitätsstörungen vorhanden, dieselben nehmen ziemlich plötzlich zu unter gleichzeitigem Einsetzen eines ausgedehnten Symptomencplexes: eigenthümliches Verhalten des Sensoriums und des Gedächtnisses, Verlust der Schmerzempfindung fast am ganzen Körper, fast vollkommener Verlust des Geschmackes, Herabsetzung der Hörschärfe beiderseits mit Geräuschen und Hallucinationen im rechten Ohr, Verlust des Geruches mit Geruchshallucinationen, doppelseitige Hemianopsie nach unten mit Hallucinationen in der sehenden, eigenthümlichen farbigen Erscheinungen in der ausgefallenen Gesichtsfeldhälfte. Nach 5 Wochen allmäliche Besserung; allmäßiges Schwinden der melancholischen Wahnideen, ziemlich rasche Besserung der übrigen Symptome, plötzliche Wiederkehr der normalen Verhältnisse am Sehapparat, körperliche Kräftigung, Genesung.

Ueberblicken wir das gesammte Krankheitsbild und wollen wir es als Psychose rubriciren, so werden wir in Anbetracht der Hauptsymptome: psychische Hemmung, deprimire Gemüthslage mit Wahnideen von entsprechender Färbung, Selbstvorwürfe, Angstzustände mit Neigung zum Selbstmord — nicht schwanken, es der Melancholie zuzurechnen. Ungewöhnlich und nicht leicht zu beurtheilen ist dagegen die im Verlaufe dieser Melancholie auftretende Gruppe sensorisch-sensibler Ausfall- und Reizungserscheinungen.

Darüber, dass es sich um keine durch organische Läsion bedingte Störung gehandelt hat, werden wir bei der Verbreitung, die sich auf keinen localisirten Herd noch auf ein System beziehen liess und bei dem spurlosen, raschen Schwinden der Erscheinungen nicht zweifeln dürfen. Noch vor kurzem wäre man vielleicht geneigt gewesen, letztere als

---

\*) Die Kranke ist inzwischen geheilt entlassen. (Anm. b. d. Correctur.)

„hysterische“ anzusehen; ich möchte diese Annahme, welche durch die Thatsache allein, dass es sich um ein weibliches Individuum handelt, nicht gestützt werden kann, aus verschiedenen Gründen ausschliessen.

Zunächst wäre es wunderbar, wenn bei einer Kranken, die vorher keine hysterischen Symptome hatte, mitten in einer schweren Psychose, die mit Hysterie nicht das geringste zu thun hat, ein hysterischer Symptomencomplex auftrate; diese Annahme wäre etwa ebenso unwahrscheinlich, als wenn man z. B. die Sensibilitätsstörungen bei reiner Epilepsie für „hysterisch“ ansehen wollte.

Ferner entspricht der in unserem Falle vorliegende Complex von Symptomen durchaus nicht dem Bilde, wie es für die hysterischen sensorisch-sensiblen Störungen bekannt geworden ist; die Constanz der Erscheinungen (wie sie z. B. in den längere Zeit gleichbleibenden Grössen bei der Untersuchung mit dem Tasterzirkel ihr objectives Maass fand), das Bestehen der Hallucinationen, die durchaus ungewöhnliche Form des Gesichtsfeldausfalls (für den die Prismenuntersuchung ein objectives Criterium gab) und vor Allem die mit den übrigen Symptomen kommende und mit ihnen gehende psychische Veränderung lenken unsere Aufmerksamkeit deutlich genug nach einer anderen Richtung.

Die Beobachtungen von Thomsen-Oppenheim\*) und Thomsen\*\*) haben uns das Vorkommen der gemischten Anästhesie bei verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten als ein keineswegs seltenes Vorkommen kennen gelehrt, welches, wie das grosse Beobachtungsmaterial der Genannten beweist, für sich allein keineswegs die Diagnose einer hysterischen Störung zu stellen gestattet; dagegen hat sich ergeben, dass ein bestimmter psychischer Symptomencomplex häufig mit der „sensorischen Anästhesie“ zugleich auftritt, den obige Autoren so kennzeichnen (l. c.) „fast alle Kranken mit sensorischen Anästhesien weisen bestimmte psychische Anomalien auf: entweder es besteht eine Trübung des Bewusstseins, Hallucinations-Traum- und Dämmerzustände oder es besteht eine Beeinträchtigung der affectiven Sphäre: Reizbarkeit und Gemüthsdepression, deren häufigste Begleiterscheinung die Angst mit oder ohne Vorstellungen ist“ und „die Tiefe der sensorischen Anästhesie geht in den meisten Fällen direct parallel dem Zustande der Psyche, in einzelnen Fällen tritt sie auf und verschwindet zugleich mit der psychischen Alteration.“

\*) Dieses Archiv Bd. XV. S. 559.

\*\*) Dieses Archiv Bd. XVII. S. 453.

Eine durch gemütliche Depression und Apathie gekennzeichnete psychische Veränderung zeigten auch die im letzten Jahre veröffentlichten Fälle von sehr ausgedehnten sensiblen Störungen von Krukenberg\*) und Ziemssen\*\*); der Heyne'sche \*\*\*) Kranke zeigte neben der allgemeinen Anästhesie eigenthümliche traumähnliche Zustände, blieb auch nach dem Schwinden der sensiblen Störungen psychisch abnorm; die beiden ersten Fälle endeten tödtlich, ohne dass die Autopsie eine greifbare Erklärung gegeben hätte. — Uebrigens zeigten diese drei Beobachtungen eine weit grössere Ausdehnung der Sensibilitätsstörung, als die unsrige, ein Unterschied, dem ich principielle Bedeutung um so weniger beilegen möchte, als z. B. bei der Kranken Ziemssen's die Ausdehnung der anästhetischen Stellen während des Krankheitsverlaufes auch nicht constant geblieben ist.

Ich glaube, unsere Beobachtung an diese Krankheitsbilder anreihen zu sollen, mit denen sie auch den vielleicht ätiologisch nicht unwichtigen Factor der Erschöpfung durch vorangehende körperliche Schädigungen gemeinsam hat; die ungewöhnlich starke Anämie, wie sie bei unserer Kranken bestand, ist etwas, was bei der Beurtheilung des Falles sicher nicht ausser Acht gelassen werden darf.

Bei dem eigenthümlichen psychischen Verhalten, welches unsere Kranke zeigte, entsteht die Frage, ob wir annehmen sollen, dass die Apathie und die mangelhafte Aufmerksamkeit nur eine Folge des Ausfalls einer gewissen Anzahl gewohnter sensibler Reize in Verbindung mit der Wirkung zahlreicher subjectiver Sinneserregungen gewesen sei, oder ob wir eine selbstständige Beeinträchtigung des Bewusstseins annehmen sollen; jene Factoren waren gewiss nicht ohne Einfluss; ich möchte mich aber doch mehr für die letztere Annahme erklären, für deren Richtigkeit auch das Verhalten des Gedächtnisses spricht und zwar sowohl die vorübergehende Unfähigkeit, Erinnerungen aus den der Zeit der Hemianopsie vorangehenden Monaten zu reproduciren, als auch die nach der Genesung für die Zeit der Krankheit nachweisbaren partiellen Erinnerungsdefekte; als ein Ausdruck einer selbstständigen Störung des psychischen Mechanismus ist auch das zwangsmässige, quälende Auftauchen von Wortbildern, welches eine Zeit lang zur Beobachtung kam, anzusehen.

Von den übrigen Symptomen bieten die Störungen der Hautsensibilität, des Geruches und des Geschmackes nichts von dem sons

\*) Deutsches Archiv für klinische Med. Bd. 46.

\*\*) Deutsches Archiv für klinische Med. Bd. 47.

\*\*\*) Deutsches Archiv für klinische Med. Bd. 47.

Beobachteten abweichendes; beim Gehör ist das ausschliesslich einseitige Auftreten der Hallucinationen in einem schon früher kranken und schon längere Zeit in seiner Function herabgesetzten Ohr bemerkenswerth. Es wäre dies eine neue Bestätigung der Schüle'schen Ansicht, dass peripherie Erkrankungen eines Sinnesorgans bei sonstiger psychischer Abnormalität zur Entstehung von einseitigen Hallucinationen disponiren.

Die Zahl der sicher beobachteten Fälle von einseitigen Sinnesäuschtungen ist keineswegs bedeutend; Seppilli\*) hat davon aus der Literatur im ganzen 26 Fälle zusammengestellt. — Das Hauptinteresse unseres Falles liegt aber doch in der überaus seltenen Form des Gesichtsfeldausfalls, der Hemianopsie nach unten.

Vielleicht bedarf diese Bezeichnung einer gewissen Rechtfertigung. Die meisten Autoren wollen den Namen Hemiopie oder Hemianopsie nur für die Fälle mit verticaler Trennungslinie zwischen sehendem und blindem Felde gelten lassen, wodurch dann zugleich der Hinweis auf die Abhängigkeit der Sehstörung von dem Verlauf der centralen Leitungsbahnen gegeben ist; in diesem strengen Sinne haben wir es allerdings mit keiner einfachen Hemianopsie, sondern mit einer incompleteten homonymen rechtsseitigen plus einer incompleteten homonymen linksseitigen Hemianopsie zu thun; das hiesse aber doch meines Erachtens im Interesse der Theorie den Thatsachen Gewalt anthun; ich glaube, dass man den Zustand des Halbsehens in Folge eines horizontal begrenzten unteren Gesichtsfeldausfalls, der bis zum Fixationspunkt reicht, nicht kürzer und deutlicher kennzeichnen kann, als mit „Hemianopsia inferior“. Natürlich will damit über den Sitz der vorauszusetzenden functionellen Schädigung nichts gesagt sein. — Die Literatur über binoculare Höhenhemianopsie ist sehr spärlich; die meisten Lehrbücher beschränken sich in ihren Angaben darüber auf die Thatsache des seltenen Vorkommens und den Hinweis auf die Schwierigkeit, den Sitz der Störung zu bestimmen; bei Mauthner\*\*) findet sich eine Zusammenstellung der wenigen bis 1881 bekannt gewordenen Fälle nebst einer eigenen bereits früher von ihm veröffentlichten Beobachtung (24jähriger Mann, apoplectiformer Insult, binoculare Hemianopsie nach oben bei negativem Augenspiegelbefund, epileptiforme Anfälle, plötzlicher Tod, negativer Obduktionsbefund). Auch die spätere Literatur bietet nur dürftige Ausbeute; ausser einer

\*) Contributo allo studio delle allucinazioni unilaterali. Referirt im Neurol. Centralbl. IX. S. 663.

\*\*) Gehirn und Auge. Wiesbaden 1881.

Beobachtung von Anderson\*) (28jähriger Mann, neben Symptomen von Apoplexie doppelseitige Hemianopsia inferior, weiterer Verlauf unbekannt) habe ich keine Angaben über wahre Höhenhemianopsie finden können; (alle Fälle von partiellen Defecten nach oben oder unten schliesse ich natürlich aus). Noch seltener als aus anatomisch nachweisbaren Ursachen scheint sie als funktionelle Störung aufzutreten; ich habe dafür kein Beispiel finden können; auch Willbrand\*\*) in seiner neuesten Veröffentlichung über typische Gesichtsfeldanomalien bei funktionellen Störungen des Nervensystems, erwähnt sie gar nicht. So erscheint ein genaueres Eingehen auf die Einzelheiten des obigen Symptomes im vorliegenden Falle, bei dem die Sehstörung Dank der Intelligenz der Kranken besonders genau hat beobachtet werden können, wohl gerechtfertigt.

Auch in unserem Falle findet sich das häufig gefundene centrale Uebergreifen des sehenden in das nicht sehende Feld; die Grösse dieser constant bleibenden Einsenkung hat sich annähernd bestimmen lassen auf 0,78 bis 0,88 Mm.; vielleicht ist es nicht ohne Interesse, daneben die Zahlen zu stellen, welche für den horizontalen Durchmesser der Macula lutea angegeben werden\*\*\*): E. H. Weber 0,76 Mm., Krause 2,25 Mm., Köllicker 3,24 Mm.; Schlüsse daraus zu ziehen, gestattet eine einzelne Beobachtung nicht.

Die sehende Gesichtsfeldhälfte weist eine im Verhältniss zum später gefundenen normalen Gesichtsfeld nur unbedeutende concentrische Einengung auf, die auch bei späteren wiederholten Bestimmungen nur wenig noch zunahm; sie ist nicht annähernd so bedeutend wie sonst die concentrischen Einengungen in anderen Fällen sensorischer Anästhesie.

Die centrale Sehschärfe war wohl zur Zeit des Halbsehens nicht geringer, als in den gesunden Tagen (in maximo  $\frac{1}{12}$ ), die Prüfung war nicht nur durch den Astigmatismus, sondern auch dadurch erschwert, dass die Verständigung über das, was die Kranke sah, nicht mit völliger Sicherheit gelang, weil ihr bei scharfem Fixiren alle Objekte halbirt erschienen. Finger zählte sie bei verticaler Stellung derselben schliesslich auf 5—6 Meter.

In den meisten anderen Fällen absoluter Hemianopsie pflegt die ausgefallene Partie den Kranken gar nicht zum Bewusstsein zu kommen; sie wird nicht etwa schwarz gesehen, sondern das Fehlen jeg-

\*) Medical Times 1885.

\*\*) Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankanstalten I. Bd.

\*\*\*) Helmholtz, Handbuch der physiologischen Optik.

licher Empfindung für sie im Bewusstsein ist characteristisch; ganz anders bei unserer Patientin. Die ganze nicht gesehene Hälfte gewinnt für die Kranke durch farbige Phänomene, welche den ganzen Bezirk erfüllen, eine Realität, die soweit geht, dass sowohl bei freiwilligem, als durch Verschiebung des einen Bulbus hervorgerufenem Schielen die ausgesunkenen Hälften als theilweise sich deckende Doppelbilder empfunden werden.

Es finden sich nur wenig Angaben in der Literatur über Lichterscheinungen in Gesichtsfelddefecten (ich sehe hier natürlich von der Amaurosis partialis fugax ab). Ein Kranker Westphal's\*), der in Folge eines später bei der Section in der Markstrahlung des rechten Hinterhauptlappens gefundenen Tumors an homonymer linksseitiger Hemianopsie litt, klagte über Flimmern und anfallsweise auftretende Farbenerscheinungen im Defect; er sah bunte geschlängelte Linien von rechts nach links und umgekehrt vorüberziehen; ein Kranker von Gowers\*\*) (Sarcom im rechten Hinterhaupts- und Schläfenlappen) zeigte neben anfallsweise auftretendem Schwindel Beeinträchtigung des Gesichtsfeldes, während gleichzeitig Lichtwahrnehmungen, in Gestalt einer hin- und herschiessenden goldenen Schlange auftraten. Wirkliche complicirtere Hallucinationen im ausgesunkenen Bezirk sind öfter bei organisch bedingter Hemianopsie beobachtet und beschrieben worden; die Fälle hier aufzuzählen, ist keine Veranlassung, da in unserem Falle weder die Hemianopsie organisch bedingt war, noch echte Gesichtshallucinationen im Defecte auftraten.

Die Wahrnehmungen der Kranken bestanden aus farbigen Elementarfiguren, Blumenformen, Kreisen, Sternen, die sich vor einem glänzenden, wellig durchzogenen Hintergrunde in monotoner Bewegung hin und her bewegten, das halbe Gesichtsfeld mit Ausnahme eines schmalen Saumes am oberen Rande erfüllten. Sie erinnern uns unwillkürlich an das kaleidoskopisch bunte Farbenspiel, welches man sich selbst jederzeit durch länger fortgesetzten (etwas schmerhaften) Druck auf den Bulbus erzeugen kann; gerade die Monotonie in Form und Bewegung, in Verbindung mit der Constanze der Erscheinung, deren Mitgehen bei allen Bewegungen des Bulbus, die Möglichkeit, das Phänomen der Kranken doppelt zum Bewusstsein zu bringen, unterscheiden sie von den echten Gesichtstäuschungen; auch die Kranke unterschied dies Farbenspiel sehr wohl von den echten Hallucinationen, welche sie im oberen sehenden Felde hatte, durch den

\*) Charité-Annalen. VI. Jahrgang.

\*\*) The Lancet. 1879.

Ausdruck „meine Blumen, meine Farben“, als etwas zu ihr gehöriges, im Gegensatz zu den in die Aussenwelt verlegten anderen subjectiven Wahrnehmungen.

Wenn man überhaupt Sinnesorgane untereinander vergleichen darf, so könnte man versucht sein, diese optischen Reizerscheinungen in Analogie zu setzen mit denen anderer Sinne, die hier gleichfalls vorhanden waren: dem Sausen und Rauschen in einem Ohr mit herabgesetzter Hörschärfe, oder mit dem Kribbeln und Wimmeln in einer anästhetischen Gegend; auch diese subjectiven Wahrnehmungen sind etwas von echten Gehörshallucinationen oder wirklichen Tastsinns-täuschungen durchaus verschiedenes.

Wie die Farbenerscheinungen zu Stande gekommen sein mögen, darüber enthalte ich mich jeder Vermuthung; jedenfalls ist die That-sache, dass eine Hemianopsie von ganz ungewöhnlicher Form zusammen mit ebenfalls ganz ungewöhnlichen optischen Reizerscheinungen auftritt, sehr bemerkenswerth und führt von selbst zu dem Gedanken, ob nicht vielleicht beide zugleich durch einen gemeinsamen, ebenfalls von dem gewöhnlichen abweichenden Modus der functionellen Schädigung hervorgerufen sein mögen, über dessen Art und Sitz wir allerdings keine Vorstellung haben.

Als Analogon zu der bei unserer Kranken beobachteten Hallu-cination des halben Kopfes im oberen Feld habe ich nur eine Beobachtung von Pick\*) gefunden, dessen originär verrückter Patient einseitige Gesichtshallucinationen unvollständiger Figuren und Gegen-stände bei gleichzeitig bestehendem Gesichtsfelddefect nach oben aufwies.

Die ähnliche Erscheinung bei unserer Kranken könnte uns auf den Sitz der Störung hinweisen, wenn wir etwas mehr über die Ent-stehung der Hallucinationen überhaupt wüssten.

So viel kann man wohl daraus schliessen, dass speciell diese Hallucination des halben Kopfes nicht in der Hirnrinde ihren Ur-sprung haben kann, wenn sie auch natürlich dort zum Bewusstsein kommen muss; wenn die Hallucinationen nur besonders lebhafte sinn-liche Vorstellungen wären, die vermöge eines psychischen Actes centrifugal projicirt werden, so wäre es für diesen Vorgang ganz gleichgültig, ob die centripetale Zuleitung von Eindrücken zum Bewusstsein intact ist oder nicht; wenn wir dagegen mit Meyner annehmen wollen, dass Hallucinationen entstehen, wenn subjectiv Erregungen subcorticaler Sinnescentren auf den auch der Leitun

---

\*) Jahrbücher f. Psychiatrie. II. Bd. 1880. S. 44.

objectiver Eindrücke dienenden Bahnen bis zur Rinde gelangen und nun nach aussen projicirt werden, so kann eine Störung dieser Bahn gleichzeitig — für das Auge z. B. — sehr wohl Ausfallserscheinungen mit entsprechenden partiellen Hallucinationen hervorrufen. Leider stimmt das Exempel nicht einmal für diesen Fall, da von unserer Kranken ausser dem halben Kopfe auch ganze Figuren u. dergl. im oberen Felde hallucinirt wurden.

Auch die anderen diagnostischen Hülfsmittel, wie das Fehlen der hemianopischen Pupillenreaction und das Erhaltenbleiben der Phosphene sind nicht zur eventuellen Beurtheilung über den Sitz der Schädigung zu verwerthen; bei jener, deren diagnostischer Werth neuerdings mehrfach angefochten worden ist, kann man kaum ganz sicher ausschliessen, dass nicht die sehende Retinalhälfte diffuses Licht bekommt, für die Phosphene ist die Möglichkeit nicht zu bestreiten, dass die mechanische Einwirkung auf die Retina eine ganz andere Reizgrösse darstellt, als der für die Sehelemente adäquate Reiz — die Lichtstrahlen.

Vielleicht erscheinen alle diese Betrachtungen überhaupt müssig, weil es sich um eine functionelle, wieder ausgeglichene Störung gehandelt hat; ich glaubte indess sie nicht unterdrücken zu sollen; zum wenigsten zeigen sie die Schwierigkeiten in der Beurtheilung derartiger Zustände.

Auf diesem ganzen noch wenig bekannten Gebiete der Sensibilitätsstörungen (im weitesten Sinne) bei den Geisteskrankheiten wird es die Aufgabe der nächsten Zeit sein, ein möglichst grosses Beobachtungsmaterial zu sammeln; und nur als kleinen Beitrag zur Erreichung dieses Ziels möchte ich obige Mittheilung aufgefasst wissen.

---