

XXV.

Ueber Hirnerscheinungen bei heftigen Schmerzanfällen.

(Vortrag, gehalten am 2. Juni 1894 auf der XIX. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden.)

Von

Dr. Leop. Laquer,

Nervenarzt zu Frankfurt a. M.



Bei einigen Fällen von Gesichtsschmerz, über die ich Ihnen, m. H., berichten möchte, habe ich im Laufe der letzten Jahre vorübergehende Störungen der Hirnthätigkeit beobachtet. — Ich hatte dabei jedes Mal den Eindruck, als ob der heftige Empfindungsreiz der Ausgangspunkt der Functionsstörungen gewesen wäre.

Eine kurze Mittheilung meiner Beobachtungen wird vielleicht im Kreise der Fachgenossen die Erinnerung an ähnliche eigene Erfahrungen und an werthvolle ältere, von mir später noch näher zu besprechende Arbeiten über den Zusammenhang zwischen Neuralgie und Alterationen der Psyche wachrufen.

Im Juni 1888 behandelte ich mit Herrn Collegen D. in B. einen damals 54jährigen Zugführer, dessen Vater ein hohes Alter erreicht hatte und dessen Mutter an einem „Blutverluste“ gestorben war. Er war nie lustisch inficirt gewesen und galt während seiner 18jährigen, durch keine nennenswerthe Krankheit unterbrochenen Dienstzeit bei seinen Vorgesetzten und Kameraden als ein äusserst pflichtgetreuer und nüchterner Beamter.

Am 18. Mai 1888 musste er den Zug leiten, der ein fürstliches Brautpaar von Süddeutschland nach dem Norden brachte. Es herrschte an diesem Tage eine grosse Hitze, Patient war dabei raschem Temperaturwechsel und mancher Erregung ausgesetzt. Am darauf folgenden Tage verspürte er die ersten Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, die „gleich Dolchstössen“ von

der Stirn durch die Schläfe zum Hinterhaupte gingen. Sie traten in Anfällen auf, wurden von Tag zu Tag schlimmer und häufiger; sie waren von congestiver Röthe des Gesichts gefolgt, raubten sehr bald Schlaf und Appetit. So dauerten sie etwa vierzehn Tage an. Dann gesellten sich zu jedem periodischen Schmerzanfall psychische Erscheinungen von kürzerer oder längerer Dauer hinzu.

Als ich den Kranken um Mitte Juni zum ersten Male sah, litt er an einer Quintusneuralgie, die vorzugsweise im rechten Ramus supraorbitalis sass, der auf Druck sehr empfindlich war. Die über die ganze rechte Kopfhälfte ausstrahlenden Schmerzen zeigten eine grosse Heftigkeit, denn bei den typischen Anfällen zuckte in ganz charakteristischer Weise Gesichts- und Halsmuskulatur zusammen. Im Anschluss an jede solche Schmerzattacke traten nun Delirien ein, in denen der Patient leichte Steigerung zur Somnolenz darbott, so dass er auf gewisse Anfragen zeitweilig richtig reagierte: Er sprach aber zumeist in weitschweifiger Weise über alle möglichen Eisenbahnangelegenheiten, als ob er sich mitten in der Ausübung seines Führerdienstes befände; er nannte die verschiedenen Stationen, Guntershausen, Nauheim, Friedberg, Cassel, die er zu berühren pflegt. Er beschäftigte sich in seinen Reden ferner mit den Viehtransporten, mit dem „Wasserbedarf des Zuges 376“. Schliesslich delirirte er Tage lang über die „Wasserkünste auf Wilhelmshöhe“. Dabei schien es, als habe er angenehme Träume. Als er genesen war, erzählte er darüber: Er sei in einem grossen Parke gewesen, sei mit 4 Ponnys herumgefahren, von Kaiser Friedrich in freundlichster Weise angesprochen worden, er habe grosse Mengen Goldes besessen, mit schönen Frauen verkehrt etc. etc.

Diese Anfälle von Schmerzen mit Delirien kamen etwa 4—5 Mal täglich, dauerten eine halbe bis drei Viertel Stunden lang, in den Zwischenzeiten hielt der Patient zumeist die Bettruhe ein, weil er sich matt und angegriffen fühlte, nur selten drängten ihn seine Träumereien zum Bette hinaus; Widerspruch gegen seine Erzählungen reizte ihn, nie wurde er aggressiv gegen seine Umgebung. In schmerzfreien Zeiten gab er seinen Aerzten und seiner Familie Auskunft über alle an ihn gerichteten Fragen, er zeigte sich gut orientirt und nahm an allen häuslichen Angelegenheiten lebhaften Antheil. Der Schlaf war unruhig trotz wiederholter Brom- und Chloral-Dosen; der Urin erwies sich frei von abnormen Bestandtheilen. Die Pulsfrequenz, besonders während der Schmerzanfälle, war erhöht bis auf 100 Schläge, alle Symptome einer somatischen Hirnerkrankung, eines Typhus oder einer anderen fieberhaften Erkrankung (Intermittens) fehlten. Potatorium war völlig auszuschliessen.

Im Ganzen haben diese Schmerzanfälle mit nachfolgenden Delirien 7 bis 8 Wochen gedauert, mit sinkender Heftigkeit der Gesichts-Neuralgie war Patient immer freier und klarer geworden. Laue Halbbäder mit kalten Begeissungen hatten die Genesung beschleunigt. Narcotica waren ebenso wie Chinin ohne jede Wirkung geblieben. Ende August 1888 war er geheilt. Im Herbst desselben Jahres trat er seinen Dienst wieder an, er war stark abgemagert, erholte sich aber, nachdem er noch im Winter 1888/89 eine exsu-

dative Pleuritis mit Fieber, bei der aber kein Delirium auftrat, überstanden hatte, vollkommen. Er blieb von da ab körperlich und geistig gesund bis zum heutigen Tage, wo er in alter Frische seinen früheren Dienst versieht.

Der zweite Fall betraf eine 20jährige, neuropathisch nicht belastete, seit 2 Jahren verheirathete Beamtenfrau, die an leichter Anämie litt. Sie war nicht hysterisch, aber leicht nervös erregbar und aufbrausend. Sie hatte ein Mal geboren. Geburt und Wochenbett waren normal verlaufen, das Kind war kräftig und gesund. Sie war seit 10 Tagen und zwar in Folge eines sehr heftigen Schnupfens, mit einer hochgradigen rechtsseitigen Prosop-algie geplagt. Die ganze Gesichtshälfte schien ergriffen, verschiedene Mittel waren schon ohne Erfolg gebraucht worden.

Da traten am 9. November 1893 plötzlich des Nachts im Anschlusse an einen Anfall von Gesichtsschmerz Delirien auf, die $1\frac{1}{2}$ Stunden ununterbrochen anhielten und die Umgebung in Schrecken setzten. Eine fieberhafte Temperatur-Steigerung fehlte. Die Patientin sprach mit geschlossenen Augen fortwährend von den Verhältnissen in Stuttgart, wo sie früher gewohnt hatte, und von allerlei Erlebnissen mit ihren dortigen Freundinnen. Sie pflog mit ihrem Stuttgarter Arzte die lebhafteste heiterste Unterhaltung; bald wollte sie sich von einer sangeskundigen Freundin, bald von einem Stuttgarter Tenoristen etwas vorsingen lassen u. A. m. Der Hausarzt in F., Dr. H. M. wurde gerufen, gab eine Morphinum-Injection. Darauf trat Schlaf ein, der die ganze übrige Nacht hindurch andauerte. Am darauffolgenden Vormittag trat ein neuer Anfall ein, der etwa eine Stunde währte und so wiederholten sich einige Tage lang die typischen Schmerzattacken mit nachfolgenden Delirien 2—3 Mal täglich, sie waren aber bald von kurzer Dauer.

Als ich von dem Arzte der Patientin zugezogen wurde, waren die Schmerzen — ich habe selber mehreren Anfällen beigewohnt — so heftig, dass die Frau die Hände ballte, an der Bettdecke riss, den Kopf, besonders die rechte Gesichtsseite in ihr Kissen vergrub. Dann begannen die Delirien: Die Kranke rief nach ihrem Mädchen, schickte es zur Post, um einen Brief zu holen, fing mit ihrem auf Reisen abwesenden Mann einen kleinen Streit an, klagte und weinte dabei, lachte dann bald wieder hell auf über eine Freundin, mit der sie sich zu necken schien. Nachdem diese Delirien mit lebhaften Hallucinationen etwa 10—15 Minuten angedauert hatten, erwachte die Patientin leicht erschöpft wie aus einem schweren Traume, hatte volle Amnesie für das, was sie bei geschlossenen Augen gesprochen hatte.

Als sie wiederhergestellt war, erzählte sie, dass sie das Herannahen des Tic douloureux schon vorher gefühlt hätte. Der eingetretene Schmerz hätte sich sehr bald zu der Empfindung gesteigert, als ob ihr das Auge aus der Höhle herausgerissen würde. Es wäre ihr alsdann schwarz vor den Augen geworden; sobald sie aber aus dem traumähnlichen Zustande, den wir oben schildert, erwacht sei, hätte sie sofort wieder einen Schmerz, wenn auch geringen Grades verspürt.

Bei Untersuchung der Patientin sind Infraorbital- und Inframaxillarpunkt sehr druckempfindlich. Für irgend eine sonstige organische Störung,

für irgend welche psychische Erkrankung, für Malaria oder für ein urämisches und epileptoides Leiden ergab sich nicht der geringste Anhaltspunkt.

Die Gesichtsschmerzen nahmen innerhalb von 8 Tagen an Heftigkeit immer mehr ab. Pat. blieb zu Bett und wurde kräftig genährt. Schliesslich waren mit den Schmerzanfällen die Delirien völlig verschwunden. Nach 14 Tagen stand Pat. auf und ging ihrer gewohnten häuslichen Thätigkeit nach, bis in die letzte Zeit hinein haben sich bei ihr weder neuralgische noch psychische Affectionen gezeigt.

Der dritte Fall von linksseitigem Gesichtsschmerz, den ich im Frühjahr 1893 mit Dr. Gl. von Frankfurt a. M. beobachtete, war mit Hirnerscheinungen complicirt, die einen von den eben erwähnten etwas abweichenden Verlauf boten. Nach 14tägiger Dauer der typischen Schmerzanfälle, bei denen sich der betreffende Patient wenig Ruhe gönnen konnte, zeigten sich in unmittelbarem Anschluss an die heftigen neuralgischen Attaquen, die von starker Kopfcongestion und Brechneigung begleitet zu sein pflegten, leichte aber immerhin mehrere Stunden anhaltende aphasische Störungen. Der 27 jährige verheirathete, kräftige Kaufmann, dem luetische Antecedentien nicht nachzuweisen waren und dessen Frau einige Monate vor seiner Erkrankung ein gesundes Kind geboren hatte, konnte dann die rechte Bezeichnung für einzelne Gebrauchsgegenstände, Schlüssel, Uhr, Messer, Bürste nicht finden, fühlte selbst, dass ihm einzelne Worte fehlten und verwechselte Worte und Silben („mohr“ statt „mehr“, „dar“ statt „der“). Ein Mal klagte er nach einem Schmerzanfall gleichzeitig auch über Schwäche im rechten Arm, sowie über Taubheitsgefühl in der rechten Gesichtshälfte und in der rechten Hand. Innerhalb zweier Wochen waren mehrmals aphasische Symptome unmittelbar nach den neuralgischen Schmerzen, die wesentlich den linken N. supraorbitalis betrafen, aufgetreten. Der Mann war ein wenig überarbeitet, leicht neurasthenisch, hatte nie an Migräne, Petit mal etc. gelitten; seine Familie war vollkommen gesund. Erst mit der Heftigkeit der Schmerzen hatten die geschilderten Hirnerscheinungen sich eingestellt. Sie gingen ohne jeden Defect vorüber. Auch dieser Patient ist bis zum heutigen Tage von derartigen Zufällen, sowie von Kopfschmerzen, Paraesthesien etc. verschont geblieben. Auch hier war Intermittens, Uraemie, Alcoholismus nicht die Ursache der erwähnten Symptomenreihe. Es handelte sich um functionelle Störungen von transitorischem Charakter, wie auch in den beiden erstgenannten Krankheitsfällen.

Griesinger war wohl der Erste, der darauf hinwies, dass „wahre gewöhnliche Neuralgien unmittelbar eine psychische Störung erregen“ könnten. Sein Vortrag*) zur Eröffnung der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in der Königl. Charité in Berlin (1. Mai 1866) enthält mehrere Fälle von Quintus- und Occipitalneuralgie, bei denen

*) Wagner's Archiv f. Heilkunde. VII. Jahrgang. S. 345 ff.

Delirien, Zustände von Verwirrtheit und Angst, melancholische Verstimmung mit den Schmerzanfällen kamen und verschwanden. „Eine 40jährige Frau hat,“ so erzählt Griesinger, „seit vielen Jahren eine rechtsseitige Neuralgie im ersten Ast des Quintus und im N. occipitalis, welche ursprünglich nach einer Blatterrose entstanden sein soll. Seit 2 Jahren kam etwas Neues hinzu. Die Schmerzen beginnen in der Tiefe der Orbita und es zieht sich dann wie ein Schleier über den Kopf; schliesst nun die Kranke (während des Schmerzanfalles) die Augen, so sieht sie alle möglichen unsinnigen Gestalten und bekommt „unsinnige Gedanken“, sie sieht Fahren, Laufen, auch Gärten und dergl., woran sie sonst nicht denkt; hie und da sieht sie auch schreckliche Sachen, wie Skelette, zuweilen hat sie das Gefühl zu fallen, und Angst, als ob man ihr etwas thun wolle oder als ob sie etwas gethan habe. — In einem anderen Falle in der Charité kamen bei einem 18jährigen Mädchen wiederholt Anfälle von Verwirrtheit, tiefer Verstimmung und erotischer Aufregung vor, welche jedesmal mit einer linksseitigen Supraorbitalneuralgie begannen. Die Anfälle psychischer Störung dauerten 10—14 Tage und es folgte dann eine vierzehntägige bis dreiwöchentliche Remissionszeit. Als bei drei bis vier solcher Anfälle jedesmal das Verhältniss zur Neuralgie festgestellt war, wurde in der besseren Zeit Solutio Fowleri gegeben und Alles blieb aus. — Ein 45jähriger Mann ohne erbliche Disposition hat seit ca. einem Jahre ein Gefühl von Brennen zwischen den Schultern, dieses wird stärker, dann stellt sich eine sehr heftige Neuralgie in der rechten Gesichtshälfte, besonders im Unterkiefer, ein, welche fast vier Wochen dauert; zugleich damit bemerkt man an dem Kranken eine auffallende Weitschweifigkeit im Sprechen, nach acht Tagen folgt ein schneller Ausbruch von Tobsucht mit Thätlichkeiten und Grössenideen. Bald trat eine Remission ein, in der der Kranke uns mittheilte, dass er während der Neuralgie eine unbezwingliche psychische Aufregung gespürt habe, dass es ihm vorgekommen, sein Sohn sollte umgebracht, er selbst vom Arzt vergiftet werden; der tobsüchtigen Aufregung ging wiederholt verstärktes Brennen in der Schultergegend voran.“

„Im ersten und vielleicht auch zum Theil im zweiten und dritten Beispiel,“ sagt Gr., „ruft der Schmerz direct die psychische Störung hervor.“ In einem vierten Falle von linksseitiger Quintusneuralgie traten eigenthümliche Angstempfindungen auf, die als ein Folgezustand, als eine Art von Transformation des neuralgischen Anfalles, der selbst schon vorüber ist, von Gr. gedeutet werden. In den von mir wörtlich wiedergegebenen ersten Krankengeschichten wirkt nach

Griesinger's Auffassung der Schmerz nicht etwa durch seine Intensität, „sondern, wie eine Neuralgie Mitempfindungen an anderen Körperstellen hervorrufen kann, so ruft sie hier durch Erregung von Hirnpartien, welche bei der Neuralgie selbst gar nicht betheiligt sind, Mitvorstellungen krankhafter Art hervor, Mitvorstellungen, die ihrem Inhalte nach nicht in dem geringsten Zusammenhange mit dem Schmerz stehen, sondern sich — durch den Reiz, den Letzterer auf gewisse Hirnpartien ausübt, hervorgerufen — auf einem ganz entfernten Vorstellungsfelde bewegen.“ — *Dysthymia neuralgica* ist der Name, den Griesinger dieser Gruppe von psychischen Störungen gegeben hat.

In der bekannten Monographie Schuele's entspricht die „*Dysphrenia neuralgica* ohne Transformation“*) der ersten der speciellen Krankheitsgruppen, „bei der die neuralgischen Perceptionen nicht zu Wahnvorstellungen verarbeitet sind, und der Verlauf aus freien Zeiten und eigentlichen Paroxysmen besteht, welch' letztere immer durch eine Exacerbation der Neuralgie eingeleitet werden, den Griesinger'schen Fällen. — Beide Autoren stellen ihre Beobachtungen in Parallele zu epileptischen Anfällen und zu deren Aura.

Auf die bei heftigen Neuralgien ganz vorübergehend auftretenden psychischen Alterationen haben ältere Autoren überhaupt mehr Gewicht gelegt, als neuere Beobachter: Die Casuistik ist seit etwa 25 Jahren spärlicher geflossen.

So stammt aus dem Jahre 1868 die Arbeit Krafft-Ebing's: „Ueber transitorische Störungen des Selbstbewusstseins“**): „Dass neuralgische periphere Functionsstörungen, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen,“ heisst es I, c., p. 71, „die sensorischen Centren des Hirns nicht erreichen, zuweilen diese in lebhafte Mitbewegung, die das Vorstellungsgebiet durch Delirien und Hallucinationen beantwortet, versetzen können, setzt besondere centrale Organisationen und Bedingungen voraus, deren Kenntniss wünschenswerth ist. Die Erfahrung lehrt, dass es vorzugsweise Menschen von ererbter oder erworbener sensibler Constitution sind, Menschen von reizbarem nervösen Wesen und schwachem oder geschwächtem Nervensystem, die eine solche anomale Reactionsweise zeigen. In weiterer Linie sind es tiefere Ernährungsstörungen des Gehirnnervensystems,

*) Schüle, Die *Dysphrenia neuralgica*. Eine klinische Abhandlung nach Beobachtungen an weiblichen Kranken bearbeitet. Carlsruhe 1867.

**) „Ein Beitrag zur Lehre von transitor. Irresein“ in klinisch-forens. Hinsicht. Erlangen, Verl. Friedr. Enke.

die neuralgischen Affectionen eine solche Irradiation auf psychische Centren gestatten. Besonders gilt dies für anämische Zustände des Centralorgans, wie sie sich häufig gerade bei Frauen in der Pubertät, im Anschluss an Menstruationsphasen, in der Schwangerschaft, im Puerperium etc. finden. . . .“

Ueber die Nervenaufregungen bei heftigem Wehenschmerz äussert sich Kr.-E. auf p. 116 seines Buches, dass bei dem dadurch hervorgerufenen Affect hohen Grades das Selbstbewusstsein erheblich gestört sein könnte: „In den höheren Graden dieser reflectorischen Entladung eines neuralgischen Zustandes kann das Selbstbewusstsein völlig erlöschen; es können Delirien hinzutreten und sich das Bild eines Delirium nervosum gestalten, oder der Zustand einer Dysthymia neuralgica transitoria entwickeln. Dieses Delirium tritt meist erst auf, wenn der Kopf den Muttermund passirt, zur Zeit, wo die Wehen eben am stärksten und schmerzhaftesten sind; nicht selten dauert es nach der Ausstossung der Frucht noch fort; seine Dauer beträgt eine viertel bis eine halbe Stunde, bis endlich die Wöchnerin erschöpft auf's Geburtslager zurücksinkt und nach kürzerer oder längerer Dauer eines unbesinnlichen Zustandes, mit völliger Amnesie für das Vorgefallene, in den ungetrübten Besitz ihrer Geisteskräfte zurückkehrt.“ Der Verf. verweist auf eine ganze Reihe älterer Arbeiten aus der geburtshülflichen und psychiatrischen Literatur u. A. von Oslander, Friedreich und Esquirol. Dass diese „Schmerz-Delirien“ — das wird wohl der passendste Name für alle solche schnell vorübergehenden psychischen Veränderungen sein — auch bei ganz gesunden Kreissenden vorkommen und nach Beendigung der Geburt nicht mehr wiederkehren, davon habe ich mich selber überzeugen können in einem Falle von protrahirter, mit grossen Wehenschmerzen einhergehender Geburt, in der eine junge, erstgebärende Frau von nicht nervöser, kräftiger Constitution während jeder heftigen Treibwehe in der Austreibungsperiode lebhaft delirirte.

Emminghaus erinnert in seiner „Psychopathologie“ an das Delirium nervosum oder traumaticum Dupuytren's, das früher nach schweren Verletzungen und Operationen zur Beobachtung gelangte: „Schlaflosigkeit, Ideenverwirrung, Aufregung bei geröthetem Gesicht, Tobsucht, Fehlen des Schmerzes, Schreien, Singen sind die Erscheinungen dieser einige Tage anhaltenden febrilen, meist mit Genesung (durch Schlaf), seltener durch Erschöpfung mit Tod endigenden Psychose. Auch hier besteht hinterdrein Amnesie. — Nach der Auffassung Kraepelin's, die wir in der 4. Auflage seines Lehrbuches, p. 12 und 13 finden, spielen in diesen Zuständen von trau-

matischen Delirien Alkohol, Erschöpfung, Senium, auch die psychopathische Prädisposition eine wichtige Rolle.

Es ist wohl der heilbringenden Wirkung der modernen Anästhetica und Narkotica zuzuschreiben, dass die chirurgische Praxis der Neuzeit mit den traumatischen Delirien kaum mehr zu rechnen hat. In dem Capitel über die somatischen Begleitsymptome der Psychosen hebt Ziehen in seinem 1894 erschienenen Lehrbuche hervor, dass das Verhältniss zwischen Neuralgie und Psychose am häufigsten ein causales ist, — dass nicht selten heftige Neuralgien zu Psychosen, zuweilen zu ganz vorübergehenden, sog. transitorischen Geistesstörungen führen können.

„Die Beziehungen der Neuralgien zu den Psychosen“ hat vor einigen Jahren auch Anton*) behandelt, der bei zwei disponirten Individuen Bewusstseinsabsenzen durch schwere Trigemineuralgien entstehen sah; sie gingen aber mit zwangsartig coordinirten Bewegungen, wie Lachen, Weinen, Beissen, Stossen einher: Sie unterscheiden sich, abgesehen von der schweren Belastung der Individuen, insoweit von meinen zwei Fällen, als die psychischen Veränderungen nicht vorübergehende waren, sondern länger andauerten, ja systematische Wahnideen bezw. schwere Depressionen und Zwangsgedanken bei den Anton'schen Patienten sich zeigten: Die locale Behandlung der Neuralgien (Faradisation) brachte eine rasche Besserung aller Beschwerden. Anton, ein Schüler Meynert's, ist geneigt, anzunehmen, „dass der N. trigeminus, dessen Wurzelfäden bis nahe zu den Vierhügeln reichen, besonders geeignet ist, auch auf die durch experimentelle und anatomische Forschung in gleichem Niveau nachgewiesenen oder doch hochwahrscheinlich gemachten allgemeinen Gefässcentren zu wirken.“

Viel besser als die Anton'schen Fälle dürfte eine Beobachtung Jul. Wagner's**) meinen ersten beiden Mittheilungen über „Schmerz-Delir“ entsprechen. Es handelte sich um eine 31jährige Bauersgattin ohne hereditäre Belastung, welche 8 Tage nach ihrer sechsten Entbindung an Schmerzen im linken Auge und in der ganzen linken Körperhälfte litt, die zu psychischer Erregung, Angstzuständen und fortwährenden unsinnigen Klagen, zur Unruhe, Selbstvorwürfen und Suicidalversuchen führten. In der psychiatrischen Klinik des Wiener allgemeinen Krankenhauses am 24. August 1883, 9 Monate nach ihrer Entbindung, klagte die Pat. über die oben genannten

*) Sep.-Abdr. aus der Wiener med. Wochenschr. 1889. No. 12—14.

**) Sep.-Abdr. aus Jahrb. f. Psych. VIII. Bd.

Schmerzen, sagt ausserdem, „ihr Auge sei voll Eiter und müsse herausgeschnitten werden.“ Sie war schlaflos, theils apathisch, theils aufgeregt: „Sie habe ein Thier im Kopf, das ewig beisse.“ Sie griff nach ihrem Kopfe, schlug und rieb an demselben herum. Manchmal wurde sie ruhiger und klarer, zeigte Krankheitsbewusstsein: aber auch dann wich die Verstimmung und der schmerzhaft Ausdruck nicht. Von Mitte October an wurde der neuralgische Charakter, das anfallsweise Auftreten der Störungen deutlicher: Sie war abwechselnd durch einen oder mehrere Tage in dem alten Zustand, zeigte die gleichen Wahnideen mit Neigung zur Selbstbeschädigung, dann war sie wieder mehrere Tage lang schmerzfrei, heiter und hatte volle Krankheitseinsicht. Allmählig wurden die Anfälle seltener, blieben Mitte Januar ganz aus. — Pat. hatte an Gewicht 20 Pfund zugenommen und ihre seit der Entbindung ausgebliebenen Menses im März wieder bekommen. Sie wurde dann geheilt entlassen. — Nach Wagner hat im vorliegenden Falle „die neuralgische Sensation im engsten Zusammenhange mit der Psychose gestanden, der letzteren ihren Inhalt gegeben und ist ihr mit ihren Schwankungen ganz parallel gegangen, wobei allerdings,“ wie W. meint, „die Frage offen bleiben muss, ob die Psychose durch die Neuralgie ausgelöst wurde, oder ob beide als von einer gemeinsamen Ursache abhängige, coordinirte Erscheinungen anzusehen sind.“

Wenn ich nun zu einer kurzen Epikrise meiner eigenen Beobachtungen zurückkehre, so möchte ich die beiden zuerst geschilderten, unter dem Bilde eines hallucinatorischen Delirs*) peracut verlaufenen Nachwirkungen der Neuralgia nervi trigemini etwa so auffassen:

Durch Irradiation der hochgradigen Schmerzen scheinen gewisse Erregbarkeitsveränderungen in der Hirnrinde, und damit Zustände von Verwirrtheit und Incohärenz (Delirien) auf hallucinatorischer Basis mit mehr minder ausgesprochener Amnesie erzeugt worden zu sein.

Im ersten Falle bei dem Zugführer schien es mir sogar, als ob die anfänglichen Delirien, wie in dem Wagner'schen Falle, nur pathologische illusionäre Umdeutungen der hochgradigen Schmerzreize darstellten: der Pat. sprach nur vom halben Kopf, „die

*) Während der Correctur erst konnte ich Einsicht nehmen von der Arbeit Mendel's: „Das Delirium hallucinatorium“. Berliner klin. Wochenschr. No. 29, 1894, welche diese Krankheitsform sehr genau skizzirt, aber die Neuralgie als Ursache nicht berücksichtigt.

halbe Uhr finge zu ticken an, dieser halbe Tanz solle endlich einmal aufhören etc.“; später erst hatten die Hallucinationen und Delirien einen allgemeineren und verwirrteren Inhalt.

Weitere theoretische Erklärungsversuche, die vielleicht durch das jüngst erschienene interessante Buch Goldscheider's*) angeregt werden oder den modernen Lehren der Associations-Psychologie entnommen sein könnten, möchte ich mir heute nicht erlauben. Es kam mir nur darauf an, mit meinen kurzen Mittheilungen die Aufmerksamkeit der Nerven- und Irrenärzte wieder auf diese Form von transitorischen Bewusstseins- bzw. Geistesstörungen hin zu lenken, welche allerdings nur selten der Anstaltsbehandlung bedürfen und darum zumeist in der Privatpraxis zur Kenntniss der Collegen kommen werden.

Ob bei dem dritten Falle von linksseitiger Supraorbitalneuralgie die aphasischen Störungen und rechtsseitigen Parästhesien unter einen rein psychologischen Gesichtspunkt zu bringen — vielleicht als Hemmungssymptom aufzufassen sind, wage ich mit Sicherheit heute nicht zu entscheiden. Solche passagere Hirnstörungen kommen auch bei echter periodischer Hemicranie und Migräne vor, wo sie als Gefäßkrampf gedeutet zu werden pflegen. Da aber Aphasie und Parese nicht wie bei den oben genannten Erkrankungen den Schmerzanfall eingeleitet haben, sondern erst nach einer längeren Dauer und durch die zunehmende Intensität der nicht periodischen oder habituellen neuralgischen Affection entstanden sind, so haben diese zwei Herderscheinungen wohl einen mehr functionellen Charakter und sind darum jenen „Schmerz-Delirien“ an die Seite zu stellen, durch welche die ersten beiden Fälle von Quintusneuralgie sich auszeichneten.

*) „Ueber den Schmerz“. In klinischer und psychischer Beziehung Berlin 1894. August Hirschwald.