

## VIII.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Halle a. S.  
(Prof. Dr. Hitzig).

### Weitere Bemerkungen über die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krankheitserscheinungen.

Von

Prof. Dr. Robert Wollenberg,  
Oberarzt der Klinik.



Die krankhaften Störungen, die nach Selbstmordversuchen durch Erhängen beobachtet sind, liegen auf körperlichem und auf geistigem Gebiet und lassen sich nach ihrer zeitlichen Beziehung zu dem Erhängungsversuch trennen in solche, die diesem unmittelbar folgen, und solche, die erst etwas später in die Erscheinung treten<sup>1)</sup>.

In einer zum fünfzigjährigen Jubiläum der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben verfassten Abhandlung habe ich vor mehreren Jahren unter Mittheilung von 4 neuen Fällen den Versuch gemacht, eine zusammenfassende Darstellung dieser Störungen zu geben.

Angeregt wurde ich dazu durch die von einander abweichenden Auffassungen, die in Bezug auf die Deutung der fraglichen Phänomene

1) Vergl. hierzu die Arbeiten von J. Wagner, Jahrbücher f. Psychiatrie Bd. VIII. S. 327 ff. und Wiener klin. Wochenschr. 1891. IV. 53. — Moebius, Neurol. Beiträge Heft I. S. 55 ff. — v. Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 1895. S. 317 ff. — Wollenberg, Festschrift der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben 1895. (Dasselbst genaue Literaturangaben.) — Ferner in neuester Zeit: Lührmann, Ueber Krämpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 52. S. 185 ff. 1896. — Brackmann, Ueber Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Strangulation. Neurol. Centralbl. 1896. No. 12. — Kompe, Zur Beurtheilung der Convulsionen nach Wiederbelebung Erhängter. Neurol. Centralbl. 1897. No. 7. S. 312 ff.

in der Literatur hervorgetreten waren und in Wagner einerseits, Moebius andererseits berufene Vertreter gefunden hatten.

Da mein Aufsatz in Folge des verspäteten Erscheinens der Nietlebener Festschrift bis vor kurzer Zeit nur im Separatdruck existirte und deshalb von den späteren Autoren gar nicht oder doch nicht originaliter benutzt werden konnte, übrigens auch jetzt noch schwer zugänglich ist, halte ich es für angezeigt, bevor ich einen anderen Fall mittheile, einige zusammenfassende Sätze aus jener Arbeit hier zu reproduciren.

Es heisst dort mit Bezug auf das bei den wiederbelebten Erhängten zu beobachtende Zustandsbild folgendermassen:

„Sehen wir von dem bekannten, allgemeinen Habitus dieser Individuen ab, so besteht zunächst eine Bewusstseinsstörung, über deren Tiefe das Verhalten der Pupillen Aufschluss geben kann; dieselben wurden in der leider verhältnissmässig kleinen Zahl von Beobachtungen, in denen hierauf geachtet worden ist, meist maximal erweitert und lichtstarr gefunden. Durch künstliche Athmung etc. gelingt es dann früher oder später, etwas kräftigere Lebensäußerungen hervorzurufen; die Respiration und Circulation hebt sich, die Kranken beginnen auf energische Reize zu reagiren, das Bewusstsein bleibt aber noch mehr oder minder tief gestört, oft sinken sie immer wieder in einen Zustand von Somnolenz, zuweilen auch von Neuem in tiefes Coma zurück. In dieser Uebergangszeit werden nun häufig „krampfartige Zufälle“ im weitesten Sinne und delirante verworrene Erregungszustände beobachtet. Gewöhnlich erwachen die Kranken erst nach Tagen. Sie kommen meist nicht plötzlich, sondern allmälig zur Klarheit und zeigen — schon ehe dies geschieht, später aber noch deutlicher — häufig eine eigenartige Amnesie, welche sich nicht allein auf die dem Tentamen folgende Periode der Bewusstlosigkeit, sondern auch mehr oder weniger weit rückwärts auf die demselben vorausgehende Zeit erstreckt und als Amnésie rétroactive, rétrograde oder besser rétro-antérograde bezeichnet wird. Im Uebrigen besteht jetzt zwar meist völlige Klarheit, doch ist häufig noch für längere oder kürzere Zeit eine deutliche Schwierigkeit, neue Eindrücke aufzunehmen und festzuhalten, nachweisbar. — Die retroactive Amnesie scheint in der Mehrzahl der Fälle eine dauernde zu sein.“

Der neue Fall, der sich von Anfang bis zu Ende unter meinen Augen abgespielt hat und die hier interessirenden Phänomene meines Erachtens in seltener Reinheit und Vollständigkeit zeigt, giebt mir Veranlassung, in dieser Frage nochmals das Wort zu ergreifen.

### **Krankengeschichte.**

Der Zimmermann Heinrich T., 39 Jahre alt, wurde am 13. April a. cr. in die Königl. psychiatrische und Nervenklinik aufgenommen,

Nach den Angaben der Frau stammt er aus gesunder Familie; beide Eltern sind an körperlichen Krankheiten gestorben, der Vater soll in seinen letzten Lebenstagen „nicht recht bei Sinnen“, die Mutter immer „etwas kurz und übelnehmerisch“ gewesen sein. Von den Geschwistern ist ein Bruder dem Trunk ergeben.

Pat. hat mit 18 Jahren eine Kopfverletzung gehabt, soll darnach eine Nacht sehr unruhig gewesen sein („getobt“ haben) ist aber dann stets gesund gewesen und hat 3 Jahre beim Militär gedient. Insbesondere ist er stets frei von Krämpfen oder Aequivalenten derselben gewesen.

Seit 15 Jahren ist er verheirathet, hat seine Familie durch fleissige Arbeit ernährt, seine Frau immer gut behandelt und stets solide gelebt, obwohl er täglich für 15—20 Pfg. Schnaps getrunken hat. Von 7 der Ehe entsprossenen Kindern leben 3, die übrigen sind klein an Kinderkrankheiten gestorben. — Etwa vor 10 Jahren ist er zusammen mit einem anderen Arbeiter dadurch verunglückt, dass er aus ziemlicher Höhe hinabstürzte und sich einen Splitterbruch eines Knöchels zuzog. Dieser ist indessen glatt geheilt. Patient ist danach bis zum Beginn seines jetzigen Leidens stets gesund gewesen, hat auch niemals an Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachten oder sonstigen Zuständen, wie sie nach Unfällen häufig einzutreten pflegen, gelitten.

Bereits im August, bzw. September 1895 ist T. ohne bekannte Ursache vorübergehend erregt gewesen und hat sinnlose Reden geführt; doch weiss Ref. darüber aus eigener Beobachtung nichts, sondern hat nur durch die Kameraden des Patienten davon gehört; sie hat denselben damals noch für ganz normal gehalten. Eine damals besonders hervortretende Neigung zum Räsonniren und Quengeln soll ihm auch in früherer Zeit nicht fremd gewesen sein. — Im Februar 1896 sind dann deutliche Zeichen geistiger Störung hervorgetreten; dies fiel zunächst seinen Mitarbeitern auf, von denen er sich beargwöhnt und verdächtigt glaubte. So fragte er den Einen, der ihm seine Flasche anbot: „Du glaubst wohl, ich habe die Flasche gestohlen?“ Seinem Arbeitgeber brachte er alle in seinem Besitz befindlichen Nägel, weil er meinte, man halte ihn für den Dieb derselben, und brachte alle möglichen harmlosen Aeusserungen seiner Umgebung zu sich selbst in entsprechende Beziehung. Er meinte, dass man ihn überall schlecht mache, ihn nur um sein Verdienst bringen wolle. Zu seiner Frau äusserte er, nachdem er dieselbe in geheimnissvoller Weise in eine Kammer geführt hatte: „Du kannst es mir glauben, Kleines, Kopf ab, auf Ehre, die sticheln mich überall.“ Ein anderes Mal brachte er seinen Hammer, ein Geschenk des Schwiegervaters, und behauptete, er solle denselben gestohlen haben. Man wolle ihn ins Gefängniß bringen, man suche etwas Belastendes gegen ihn, um ihn sicher fassen zu können. Als seine Frau ihm solche Gedanken ausreden wollte, wurde er gelegentlich heftig und gewaltthätig gegen sie. — Allmälig nahmen ihn die geschilderten Wahnideen mehr und mehr in Anspruch. Er wähnte sich theils durch den Polizeibeamten des Ortes, theils durch einen besonders bestellten Geheimpolizisten überall verfolgt und beobachtet, sah ständig seiner Abholung entgegen und äusserte unter Anderem: „Hörst Du? Sie horchen oben an der Wand, sie wollen mich

nicht gehen lassen.“ Vergiftungsideen äusserte er nicht, nahm aber wenig Nahrung zu sich. Nachts schlief er schlecht und warf sich viel herum; in Folge dessen nahm sein allgemeiner Kräftezustand erheblich ab. Gleichwohl ging er noch wochenlang auf Arbeit.

Am 12. April Morgens vor 7 Uhr fiel der Frau auf, dass er durchaus allein sein wollte. Sie veranlasste ihn, sich wieder hinzulegen, konnte aber nicht verhindern, dass er sich mittels der von einer Schlummerrolle abgenommenen Schnur am Fensterriegel stehend zu erhängen versuchte. Mit Hülfe eines herbeigerufenen Nachbars wurde er sofort abgeschnitten. Das Bewusstsein hatte er noch nicht verloren, sondern erkannte seine Angehörigen und begann dann heftig zu weinen. Der Arzt, welcher ihn nach einer Viertelstunde sah, kam auf Grund einer kurzen Unterhaltung mit ihm zu der Ansicht, dass er ganz vernünftig sei, und wurde erst durch die Vorzeigung der Schnur darüber klar, dass doch etwas Besonderes vorläge. Er erklärte nun die Untersuchung des T. in einer Anstalt für nothwendig. — Um 11 Uhr äusserte Patient zu seiner Frau: „Du hättest mich sollen bammeln lassen, einen verrückten Mann kannst Du doch nicht gebrauchen.“ Die folgende Nacht schlief er sehr wenig. Am nächsten Morgen wurde er durch mehrere Arbeiter der Klinik zugeführt.

Hier war er zunächst deprimirt und ängstlich, sah mit dem Ausdruck der Spannung bald zur Decke, bald den Arzt an; er antwortete auf die ihm vorgelegten Fragen nur zögernd, schien seiner Umgebung nicht recht zu trauen.

Anfangs behauptete er, nach dem Zweck seines Hierseins befragt, er sei mit mehreren Arbeitern gekommen, um hier ein Brett zu holen (möglicherweise hatte man ihm gegenüber einen solchen Vorwand gebraucht, um ihn zum Mitgehen zu bewegen). — Im Uebrigen war er über seinen Aufenthaltsort wohl orientirt, nannte auch Monat und Jahreszahl richtig, hielt sich aber nicht für krank. — Ueber seine Verfolgungen etc. gab er an, man habe ihn indirect des Diebstahls bezichtigt. Ein paar werthlose Nägel, die er in seiner Tasche behalten, solle er gestohlen haben. Er habe dies theils aus dem Benehmen, theils aus Anspielungen seiner Kameraden entnommen. Das eigentliche Motiv der Verfolgungen sei Neid, weil er besser arbeite und klüger sei als die Anderen. Zu Hause habe er seine Verfolger an der Decke gesehen, insbesondere seit drei Wochen zwei ihm unbekannte Männer, von denen er nicht wisse, ob sie wirklich da seien oder ihm nur vorgezaubert wurden. Gesagt hätten sie niemals etwas. Ob seine Frau mit in einem Complott gegen ihn sei, könne er nicht sagen. — Um dem Schimpf zu entgehen, habe er sich zu Hause das Leben nehmen wollen.

Die körperliche Untersuchung ergab keine wesentliche Anomalie; eine Strangulationsmarke war nicht vorhanden. — Die Sensibilität war am ganzen Körper normal; eine besonders an den Unterschenkeln auffallend geringe Reaction auf Nadelstiche liess sich ungezwungen aus der Unaufmerksamkeit und Hemmung des Patienten erklären.

Puls, Temperatur, Urin normal.

14. April. Pat. giebt heute auf Befragen an, er habe seine Verfolger des Nachts an der Decke gesehen. Es seien verkleidete Geheimpolizisten gewesen. Dabei sieht er starr nach der Decke, augenscheinlich auch jetzt hallucinirend.

15. April. Dieselben Angaben, es seien 2 Männer, die er nicht kenne.

17. April. Gestern und heute unverändert; hat ängstlich gespannten Gesichtsausdruck, betrachtet seine Umgebung mit Misstrauen.

18. April. Starrt viel zum Fenster hinaus; hält sich immer von den anderen Patienten zurück. Hallucinirt noch lebhaft, antwortet aber sehr einsilbig.

19. April. Erzählt heute auf Befragen, er habe Angst vor Schlägen. Dass etwas derart gegen ihn beabsichtigt werde, entnehme er aus der Art, wie ihn die Leute hier ansehen. — Später fängt er auf einmal an zu weinen, sagt, er werde unschuldig hingerichtet werden. Die Männer hier hätten ihm gesagt, er werde hingerichtet werden, weil er in sein Cigarren-Etui die Bilder von Kaiser Friedrich und Bismarck geklebt habe. Es seien aber nicht die anderen Patienten, sondern andere, ihm unbekannte Männer gewesen, die das gesagt hätten.

20. April. Hat Nachts viel nach der Decke gesehen. Sagt heute, es gehe ihm schlecht; es müsse etwas gegen ihn vorliegen, doch wisse er nicht, was. — Des Nachts habe er nicht schlafen können, weil sein Nachbar ihn immer angesehen habe. — Auf Befragen sagt er dann, er habe sich zu Hause das Leben nehmen wollen, um nicht der Nägel wegen als Spitzbube dazustehen. Dies Alles geschehe gegen ihn von seinen Mitarbeitern aus Neid, um ihn bei Seite zu schaffen. — Gestern habe einer der anderen Patienten gesagt: „Alle drei sollen daran kommen.“ Daraus habe er entnommen, dass er Schläge bekommen solle. Dies sei kein Krankenhaus, sondern ein Zuchthaus, oder wenigstens komme man von hier in's Zuchthaus. Nachdem ihm versichert ist, dass dies ein Krankenhaus sei, sagt er, dann könne man ihn ja entlassen. — Nennt als Datum: Sonntag, ungefähr den 13. April.

Heute (20. April) Nachmittags kurz vor 6 Uhr Erhängungsversuch. Pat. liess sich vom Wärter das neben dem Wachsaal gelegene Closet öffnen und versuchte sich, nachdem der Wärter abgerufen war, mittelst eines Halstuches am Fensterknopf zu erhängen. Die Abwesenheit des Wärters kann nicht länger als einige (3—4) Minuten gedauert haben. Derselbe fand T. in halb sitzender Stellung, mit den Füssen den Boden berührend, das Gesicht cyanotisch. Nachdem er abgeschnitten war, traten schwache Lebenszeichen in Gestalt einzelner keuchender Athemzüge auf. — Aerztliche Hilfe war sofort zur Stelle. Ich fand den T. nach 3 Minuten noch völlig bewusstlos, ohne Pupillen-, Licht- und Cornealidreflex, cyanotisch, mit spärlicher, mühsamer Athmung (etwa 12 Respirationen in der Minute), den Hals dunkelroth gefärbt. Puls zwischen 130 und 140, ziemlich kräftig. Während der sofort eingeleiteten Athmung, die später durch kalte Uebergiessungen unterstützt wurde, wurde die Athmung etwas frequenter. Gleichzeitig traten fibrilläre Zuckungen in der gesamten, bei der Rückenlage des Patienten sichtbaren Muskulatur, besonders aber innerhalb des Pectoralis, Quadriceps und Masseter auf. Diese Zuckungen nahmen allmälig an Intensität zu, so dass ein allgemeines Muskelwogen ent-

stand, wie ich es sonst nie gesehen habe. Dann entwickelten sich daraus gröbere Contractionen einzelner Muskelbündel und Muskeln, bald auch ganzer Muskelgruppen. Zunächst wurden solche im rechten, dann auch im linken Arm festgestellt, wo es sich um kurze Beugung und Supination handelte. Die Pupillen waren zu dieser Zeit etwas unter Mittelweite, ohne eine Spur von Lichtreaction, der Cornealidreflex war schwach angedeutet. — Daran schlossen sich Krampfanfälle von ziemlich typischem Verlauf: Pronationsbewegungen der Vorderarme, Opposition des Daumens gegen den 2. und 3. Finger, einige kurze, schlagende Bewegungen der unteren Extremitäten, so dass die Fersen einige Centimeter von der Unterlage abgehoben wurden und auf dieselbe wieder hinabfielen; dann tonische Starre der gesamten Muskulatur mit Einschluss derjenigen des Rückens. Augen divergirend nach aussen, oben abgelenkt. Pupillenreaction absolut fehlend.

Zu dieser Zeit war die Athmung noch keineswegs ganz frei, wenn auch schon viel besser, als im Anfang. Sie besserte sich nach energischer Phrenicusreizung, so dass jetzt 20—24 ruhige Atemzüge vorhanden waren.

Die Krampfanfälle, welche sich weiterhin etwa alle 2 Minuten wiederholten, kündigten sich regelmässig durch eine Verschlechterung der Athmung an, welche unregelmässig und schnarchend wurde. Gleichzeitig trat eine Erweiterung der Pupillen ad maximum ein (linke weiter als rechte) bei absoluter Lichtstarre derselben; das Gesicht wurde cyanotisch, schaumiger Speichel trat vor den Mund; einmal erfolgte Urinentleerung. Der Charakter der Krampfbewegungen selbst war ein ganz überwiegend tonischer. Alle Muskeln fühlten sich bretthart an; die Daumen waren zur Faust eingeschlagen. Opisthotonus war deutlich vorhanden, aber gerade nur so, dass man die Faust zwischen Unterlage und Rücken bringen konnte. — Während des Anfallen war der Puls nicht fühlbar, in den kurzen Pausen zwischen den Anfällen zählte man etwa um  $\frac{3}{4}$  Uhr 116 bis 120 kräftige Schläge.

Wenn man den tief benommenen Patienten durch Klopfen, Schütteln, Bespritzen mit kaltem Wasser etwas zu ermuntern versuchte, so trat als einziger, aber ganz regelmässiger Effect sofort ein Anfall der beschriebenen Art ein. — Nach dem Anfall verengten sich die Pupillen bis etwas unter Mittelweite, zeigten aber jetzt eine deutliche, wenn auch wenig ausgiebige Lichtreaction. — Starke Schweißsecretion. Um 7 Uhr Temperatur 37,4.

Allmälig wurden die Pausen zwischen den Anfällen grösser.

Um 7 Uhr 20 Minuten Beginn hochgradiger motorischer Unruhe. Patient stösst unarticulirte Laute aus, zieht die Beine an den Leib und streckt sie wieder, während die Arme ausgestreckt und starr bleiben. Dann werden Tretbewegungen der Extremitäten bei fortwährendem lauten Stöhnen beobachtet. Auch zu dieser Zeit Pupillen erweitert und lichtstarr, reagiren spurweise nur in den ruhigeren Intervallen. — Puls 160.

Um 7 Uhr 55 Minuten immer noch Tretbewegungen der Extremitäten, gleichzeitig Beugung und Streckung in den Ellbogen- und Handgelenken. Diese Bewegungen sistiren nur für kurze Zeit. — Puls 144.

8 Uhr 10 Minuten. Pat. macht einige anscheinend willkürliche Bewe-

gungen, dreht sich um die Längsaxe des Körpers, ist in Gefahr, aus dem Bett zu fallen. — Pupillen zu dieser Zeit weit, reagiren nicht deutlich, höchstens spurweise.

8 Uhr 35 Minuten. Pat. ist augenscheinlich besinnlicher, leistet blinden Widerstand, wenn man sich mit ihm beschäftigt, versucht, sich aktiv aufzurichten.

8 Uhr 45 Minuten. Immer noch grosse motorische Unruhe („Bild der verworrenen Erregung“), doch mit Pausen völliger Ruhe.

9 Uhr. Ruhige Intervalle dauern jetzt etwa 10 Secunden.

9 Uhr 10 Minuten. Im Ganzen viel ruhiger, wälzt sich nur noch unter Stöhnen im Bett hin und her. — Atmung ruhig und regelmässig. Pupillen dilatirt, reagiren kaum merklich. Puls 116. — Pat. reagirt auf Anrufen, indem er den Betreffenden ansieht. — Bei passiven Bewegungen überall Widerstand.

9 Uhr 30 Minuten. Liegt fast absolut ruhig mit halbgeschlossenen Augen, manchmal die Bulbi langsam hin und her rollend. — Temperatur 37,6.

9 Uhr 50 Minuten. Gespannter, deutlich schreckhafter Gesichtsausdruck. — Pat. lässt die Augen langsam wandern, blickt starr in's Weite. Pupillen dilatirt, lichtstarr. Sehr gesteigerte Patellarreflexe, Fussclonus.

10 Uhr 20 Minuten. Liegt ganz ruhig, erschöpft, scheint zu schlafen, erwacht aber bei Berührung sofort, öffnet die Augen. Pupillen noch dilatirt, reagiren minimal auf Lichteinfall. — Puls 104, kräftig.

11 Uhr 30 Minuten. Lag bisher ruhig. Jetzt treten nochmals kurze, krampfartige Zuckungen der geballten Fäuste und der Arme auf. Pat. wird im Allgemeinen unruhiger, dreht sich immer auf die linke Seite, bohrt den Kopf in's Kissen. — Nach 5 Minuten Nachlass der Zuckungen, tonische Starre der oberen Extremitäten. — Pupillen waren wieder weit und lichtstarr, reagiren jetzt nur spurweise. — Mehrmals abwechselnde Abflachung und Vertiefung der Atmung (ähnlich wie beim Cheyne-Stokes'schen Phänomen).

Während der Nacht noch mehrfach ähnliche Anfälle; dazwischen ruhiges Verhalten. — Pat. wird erst gegen Morgen dauernd ruhig.

21. April. 7 Uhr Morgens.

Pupillen mittelweit, reagiren jetzt zwar deutlich, aber immer noch wenig ausgiebig auf Licht. — Puls 64. Pat. hat Kaffee getrunken, sitzt am Bett, sieht sich um. Keine sprachliche Reaction. Wenn man ihm die Hand reicht, macht er mit der seinigen dieselbe Stellung und Bewegung nach, sieht den Arzt verständnisslos an.

9 Uhr. Schließt bis jetzt, lässt sich aber leicht erwecken. — Patellarreflexe noch lebhaft, kein Fussclonus mehr.

11 Uhr. Pat. reicht die Hand, antwortet auf Fragen z. B. (hat Ihnen das Essen geschmeckt?) „hat gut geschmeckt“, (wie geht es?) „was denn?“ Erscheint noch ganz confus und verständnisslos.

6 Uhr Abends. Im Laufe des Tages ist die Pupillen-Lichtreaction endlich normal geworden. — Patellarreflex jetzt nicht mehr gesteigert. — Untersuchung der Lungen ergibt normale Verhältnisse. — Pat. erscheint dabei sehr

misstrauisch. Eine Unterredung ist noch nicht mit ihm zu führen, da er die an ihn gerichteten Fragen meist nicht versteht und unbeantwortet lässt.

22. April. Puls 64. Temperatur normal.

Fragen.	Antworten.
Wie geht es?	Gut.
Ganz gut?	Ich möchte nur heraus an die Arbeit; es ist zu langweilig, immer im Bett zu liegen.
Seit wann sind Sie hier?	Ich weiss nicht genau.
Ungefähr?	14 Tage etwa.
Was haben wir heute für ein Datum?	Ich weiss nicht.
Mit wem sind Sie hergekommen?	
Sind Sie allein gekommen?	
Wo sind Sie hier?	Im Krankenhaus.
Wo? in welcher Stadt?	Ich weiss nicht.
Von wo sind Sie?	Von Aschersleben.
Sind Sie verheirathet?	Ja.
Wie viel Kinder haben Sie?	Drei leben.
Weshalb sind Sie hier?	Ich weiss nicht.
Warum glauben Sie wohl, hier zu sein?	Ich habe nichts verbrochen.
Haben Andere gemeint, dass Sie etwas verbrochen hätten?	Ich glaube nicht.
Wurden Sie verfolgt?	Nein.
Seit wann sind sie in diesem Saal?	Ich weiss nicht genau.
Haben Sie immer in diesem Bett gelegen?	Immer (unrichtig).
Niemals in einem anderen Bett und einem anderen Zimmer?	Nein.
Was ist gestern und vorgestern mit Ihnen passirt?	Weiss ich nicht.
Haben Sie immer zu Bett gelegen?	Ja (unrichtig).
Sind Sie früher nicht im Garten gewesen?	Nein (unrichtig).
Haben Sie sich das Leben nehmen wollen?	Ja.
Wann denn?	Das weiss ich nicht mehr.
Haben Sie hier einen Versuch dazu gemacht?	Nein.
Sind Sie mit dem Gedanken umgegangen?	Nein, es ist schon lange her.
Warum wollten Sie sich das Leben nehmen?	Weil sie mir etwas zu Leide thaten.
Wann war das?	Im Sommer.
Wie haben Sie das gemacht?	Ich habe noch nichts gemacht.

Als ihm im Spiegel die Strangulationsmarke gezeigt wurde, fasste Patient sehr erstaunt dahin und meinte, das müsste wohl von seinem Barte sein.

Fragen.

- Kennen Sie mich?  
Seit wann?  
Wie gefällt es Ihnen denn hier?  
Was wird mit den Anderen gemacht?
- Ja.  
Seit 8 Tagen.  
Mir wird es schon gehen wie den Anderen. Ich bin aber unschuldig. Ich habe nichts gemacht.  
(Patient deutet durch eine Handbewegung an, dass die Anderen geköpft würden; glaubt bestimmt, das werde auch ihm geschehen.)

Auf alle Einwände erfolgt immer die Antwort: Ich bin unschuldig, ich habe nichts gemacht (er habe es gehört und aus Reden der anderen Kranken geschlossen, was mit ihm gemacht werden solle).

Fragen.

- Wovon ist dies hier an Ihrem Halse?  
Haben Sie sich aufgehängt?  
Hier nicht?  
23. April. Puls 72. Temperatur normal.  
Wo sind Sie jetzt?  
(Mit Hindeutung auf die Strangulationsmarke.) Wissen Sie, weshalb Sie das gemacht haben?  
Nein hier.  
Sie haben sich doch erhängt?
- Das sind Pickeln.  
Zu Hause.  
Nein, nur zu Hause.  
In der Königlichen Klinik.  
Sonntag früh, zu Hause.  
Hier? Nein.  
Nein, das wusste ich nicht. Wie sollte ich denn das gemacht haben, wo Alle immer um einen rum sind?

Wie ihm nochmals die Strangulationsmarke im Spiegel gezeigt wird, sagt er: Das ist das von Hause schon.

Abends erzählt er auf Befragen, er liege nun drei Tage in diesem Bett. Es werde nun die dritte Woche, dass er hier sei. Vor drei Tagen sei er drüben gewesen in einem grossen Saal.

24. April. Fortdauernde Amnesie für den letzten Selbstmordversuch. — Ist meist etwas ängstlich, unruhig, sieht sich scheu um. Glaubt beständig, man werde ihm den Process machen. — Schreibt einen Zettel an seine Frau.

25. April. Weiss heute nicht, dass er gestern oder vorgestern an seine Frau ein Paar Worte geschrieben hat.

Auf die Frage, wer ihn zu Hause abgeschnitten habe, vermag er keine Antwort zu geben.

Nach wie vor Amnesie für den hier gemachten Selbstmordversuch, auch seiner Frau gegenüber, die ihn heute besucht.

26. April. Weiss, dass gestern seine Frau da war. Auf die Frage, was

Antworten.

er mit ihr gesprochen habe, sagt er „nichts weiter“. — Will heute nichts von seiner hier oft geäusserten Befürchtung, geköpft zu werden, wissen. Hält sich für ganz gesund.

28. April. Fortdauernde Amnesie. Weiss den Namen des Arztes nicht, obwohl ihm dieser jetzt täglich genannt wird. Gesichtsausdruck immer ängstlich deprimirt, gespannt.

29. April.

Fragen.	Antworten.
Wie lange sind Sie hier?	Seit voriger Woche.
Wie sind Sie hergekommen.	Wir sind zu Dreiern hergekommen, um Bretter zu holen (Vorspiegelung der Begleiter).
Wo sind sie hier?	Im Königlichen Krankenhaus.
Was für Kranke sind hier?	Weiss ich nicht.
Sind Sie geisteskrank?	Nein.
Haben Sie etwas Böses gethan?	Ich habe einen Nagel mit vom Bau genommen.
Haben Sie sich das Leben nehmen wollen?	Ja.
Hier?	Nein, zu Hause.
Nicht auch hier?	Nein.
Wie war das zu Hause?	Am Abend vorher haben sie mir in einem Local Bier gebracht. Dadurch habe ich mich beleidigt gefühlt. Sie haben mir vorgeworfen, dass ich nassauere. — Ich habe es schon den Abend machen wollen, da war aber immer meine Frau da. Ich machte es dann am Morgen.

Patient weiss, wie er sich mit der Schnur der Schlummerrolle am Fensterkreuz zu hängen versucht hat, er weiss aber nicht, von wem er abgeschnitten worden ist, auch nicht, was er nachher zu seiner Frau gesagt hat.

Am Abend erinnert er sich dieser Unterredung, braucht aber lange Zeit zu ihrer Reproduction, ist immer sehr gehemmt.

30. April. Sagt auf Befragen, dass er seit einigen Tagen Kopfschmerzen habe. Stellt bei der Exploration manche seiner früheren Beeinträchtigungs-ideen in Abrede, fürchtet aber, wenn er nach Hause komme, wieder durch Sticheleien gereizt zu werden.

1. Mai. Fortdauernde Amnesie. — Sieht immer ängstlich aus. Giebt aber weder Angst, noch Verfolgungsideen zu.

2. Mai. Kopfschmerzen in der Stirn. — Er sei seit Herbst 1895 vergesslich geworden.

5. Mai. Täglich Klagen über Kopfschmerzen. Fortdauernde Amnesie.

Giebt zu, hier lebhafte Angst gehabt zu haben. — Erinnert sich des 29. April (klinische Vorstellung) mangelhaft.

In der letzten Zeit stets ernster und gedrückter Gesichtsausdruck, starrt oft an die Decke, verneint Fragen nach Sinnestäuschungen.

6. Mai. Erinnert sich des hiesigen Suicidversuchs nicht, wohl aber des zu Hause gemachten.

Frage.	Antwort.
Womit haben Sie sich zu Hause erhängt?	—
Wann?	Mo <sup>g</sup> ens muss es gewesen sein.
War Ihre Frau schon auf?	Die kann wohl noch nicht aufgewesen sein.

7. Mai. Kopfschmerzen in der Stirn.

9. Mai. Besuch der Frau. Patient macht einen sehr verschlossenen finsternen Eindruck, senkt den Blick zur Erde, sieht starr vor sich nieder, sagt, ohne eine Miene zu verzieren: guten Tag, spricht weiter nichts, erkundigt sich nach nichts. Auf ihre Fragen nach seinem Befinden sagt er, man frage ihn hier immer, ob er nichts gemacht habe, und für die Nägel habe er doch nicht gekonnt. — Was er am Halse habe? „Nichts“. Ob er sich habe das Leben nehmen wollen? „Nein“.

11. Mai. Gestern und heute freundlicher.

17. Mai. Im Allgemeinen jetzt freundlicher und freier. Hat keine Beeinträchtigungsideen geäussert. Hält sich aber stets zurück, spricht mit keinem anderen Kranken.

Von dem hiesigen Suicidversuch weiss er nach wie vor nichts; auch von dem zu Hause verübten sagt er jetzt: „Es ist mir aus den Erzählungen entsinnlich“.

19. Mai. Redet immer noch von den Nägeln.

22. Mai. Mangelhafte Erinnerung für Einzelheiten des klinischen Aufenthaltes. — Still und gehemmt.

30. Mai. Keine wesentliche Aenderung. — Immer für sich, spricht wenig und zögernd. — Stuporartiges Verhalten.

2. Juni. Zeitweise störrisch, will nicht mit den Anderen in den Garten. Fortdauernde Amnesie für den letzten Selbstmordversuch.

3. Juni. Nach Nietleben überführt.

---

Eine Zusammenfassung der Hauptpunkte dieser Krankengeschichte ergiebt Folgendes:

Ein erblich belasteter Arbeiter, der früher eine Kopfverletzung erlitten hat, aber bis jetzt im Wesentlichen gesund gewesen ist und insbesondere niemals an Epilepsie oder Hysterie gelitten hat, erkrankte im Herbst 1895 an Paranoia.

Am 12. April 1896 erster Erhängungsversuch.

Patient kommt sogleich wieder zu sich, hat das Bewusstsein überhaupt nicht verloren, bestreitet den Selbstmordversuch nicht und motivirt ihn damit, dass er sich durch seine Collegen gekränkt gefühlt habe.

Am 13. April 1896 Aufnahme in die Klinik. Aengstliches, scheues, misstrauisches Benehmen, dabei völlige Besonnenheit. — Verfolgungs- und Ueberschätzungsidenen. — Schildert und motivirt den Selbstmordversuch vom 12. April 1896 in genügender Weise. Keine Amnesie.

Am 20. April 1896 Abends 6 Uhr zweiter Erhängungsversuch.

Völlige Bewusstlosigkeit, kommt sehr langsam wieder zu sich. Bei wiederkehrender Athmung Auftreten fibrillärer, dann fasciculärer und musculärer Zuckungen, schliesslich auch Contractionen ganzer Muskelgruppen.

Allgemeine Krämpfe von ganz überwiegend tonischem Charakter (mässiger Opisthotonus) bei absoluter Bewusstlosigkeit und reflectorischer Pupillenstarre. Starke Schweißsecretion. Zwischen den Anfällen Pupillenlichtreaction zuweilen spurweise nachweisbar. —

Im Laufe des Abends (20. April 1896) statt der Krämpfe grosse motorische Unruhe, Ausstossen unartikulirter Laute, automatische Bewegungen (Beugung und Streckung der oberen, Tretbewegungen der unteren Extremitäten, Drehungen des Körpers um die Längsaxe). — Weiterhin das Bild „verworrener Erregung“, blinder Widerstand gegen Alles, dabei Stöhnen, zeitweise auch Herumwälzen, Pupillen immer noch erweitert und lichtstarr, nur in den kurzen Ruhepausen spurweise reagirend. Hochgradige Steigerung der Patellarreflexe, Fussclonus.

In der Nacht zum 21. April 1896 allmäliche Beruhigung, vorübergehend noch einmal kurzdauernde Zuckungen und tonische Starre der Extremitäten, bei verändertem Athmungstypus (ähnlich dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen). —

Am 21. April 1896 langsame Rückkehr der sprachlichen Reaction, noch völlige Desorientirtheit und schwere Störung der Auffassung. — Allmäliche Rückkehr der Pupillenlichtreaction und der normalen Reflexerregbarkeit.

Am 21. April Abends (24 Stunden post suicidium) scheues, missstrauisch abweisendes, am 22. April Morgens schweigesames aber dem früheren im Wesentlichen gleichendes Verhalten. Spricht sinngemäss und zusammenhängend; zeigt retroaktive Amnesie mit

Bezug auf den zweiten, aber nicht mit Bezug auf den ersten Erhängungsversuch.

Dauerndes Fortbestehen dieser Amnesie. — Zunehmende psychische Hemmung. — In Nietleben anfangs dasselbe Bild, dann ausgesprochener Stupor, Nahrungsverweigerung. — Neuerdings hochfahrendes, unzugängliches Wesen.

---

Die Amnesie, welche auch in diesem Falle eine retroaktive war, da sie nicht nur den Selbstmordversuch selbst, sondern auch die Vorbereitungen dazu und den Anfang der Ausführung umfasste, ist hier von besonderem Interesse, weil sie sich nur an den zweiten der beiden gleichartigen Selbstmordversuche anschloss.

Dieser in der Klinik ausgeführte Versuch unterschied sich von dem zu Hause gemachten nur graduell, insofern als er mit tiefer Bewusstseinsstörung verlief, während dies beim ersten Versuche nach den übereinstimmenden Angaben der Angehörigen nicht der Fall war.

Es liegt sehr nahe, nach einer solchen Erfahrung das Eintreten oder Ausbleiben dieser charakteristischen Erinnerungslücke mit der Tiefe der vorausgegangenen Bewusstseinsstörung in directen Zusammenhang zu bringen. — Auf ähnliches hat schon Wagner hingewiesen, wenn er von einer directen Beziehung zwischen der Dauer der Strangulation und der Schwere der Folgezustände spricht.

Hier spielen aber offenbar individuelle Verschiedenheiten sehr wesentlich mit. Ohne diese wäre es nicht einzusehen, warum in einigen Fällen schon nach kürzester Dauer der Strangulation die allerschwersten Erscheinungen auftreten, während sie in anderen trotz viel längerer Dauer ausbleiben.

Für das Zustandekommen der retroaktiven Amnesie scheint allerdings eine vorausgegangene temporäre Aufhebung des Bewusstseins wesentliche Voraussetzung zu sein, ohne dass diese aber eine solche Folge unter allen Umständen haben müsste. Es giebt Fälle, in denen die Amnesie ausblieb, obwohl das Bewusstsein aufgehoben gewesen war. Ich verweise in dieser Hinsicht auf die ältere Literatur. — Andererseits fehlt es an Fällen — wenigstens finde ich solche in der mir bekannten Literatur nicht —, in denen Amnesie hätte festgestellt werden können, obwohl keine tiefe Bewusstseinsstörung vorausgegangen war. —

Ich behaupte nicht, dass diese anscheinend bestehende Gesetzmässigkeit, die sich kurz durch den Satz: „Keine Bewusstlosigkeit — keine Amnesie“ ausdrücken liesse, eine absolute ist. Auch hier wird

es ohne Zweifel Ausnahmen geben. Sie sind aber zum mindesten sehr selten.

Es ist klar, dass dieses Verhalten nicht für die psychogene Natur des uns hier beschäftigenden Phänomens spricht. Bekanntlich war die Auffassung, dass es sich hier um hysterische Ausfallserscheinungen handeln könne, im Gegensatz zu Wagner von Moebius lebhaft verteidigt worden.

In Wagner's Sinne formulierte ich die Schlussfolgerungen in meiner mehrfach erwähnten Arbeit dahin, dass für das Zustandekommen der retroaktiven Amnesie physische Vorgänge im Gehirn verantwortlich zu machen wären, wie sie die Strangulation thatsächlich hervorzurufen geeignet ist. „Dabei“ so führte ich weiter aus, „kommen als specielle ätiologische Momente in Betracht die Asphyxie und die temporäre Hirnanämie, welche durch ihre combinierte Wirkung je nach der besonderen Art des Falles leichtere oder schwerere Ernährungsstörungen im Gehirn hervorrufen, so bald sie eine gewisse, nicht zu kurze Zeit hindurch in genügender Intensität eingewirkt haben.“

Die Hysterie kommt hierbei, wie auch sonst bei organischen Erkrankungen des Nervensystems vielfach, meist nur als ein complicirendes Moment in Betracht.“

Hiermit stellte ich mich in einen, wie mir damals schien, ziemlich schroffen Gegensatz zu Moebius. Indessen nahm dieser Forscher weiterhin selbst Gelegenheit<sup>1)</sup>, ausdrücklich anzuerkennen, dass die retroaktive Amnesie bei Erhängten besonders häufig ist und dass dies mit der eigenartigen Schädigung des Gehirns zusammenhängen mag. Zugleich betonte er, dass es ihm nie eingefallen sei, alle Erscheinungen bei wiederbelebten Erhängten für hysterisch zu erklären; er habe nur das Vorkommen hysterischer Zustände nachweisen wollen, eine Thatache, die früher einfach ignorirt worden sei.

Mit Befriedigung kann man also konstatiren, dass ein eigentlicher Gegensatz der Auffassung bei Moebius einerseits, Wagner und den anderen Autoren andererseits nicht oder doch nicht mehr vorhanden ist. —

Auch diese werden nicht bestreiten, dass die retroaktive Amnesie unter Anderen auch bei Hysterie vorkommt. In der Literatur finden sich hierfür einwandfreie, wenn auch spärliche Beläge. Seit längerer Zeit befindet sich in der hiesigen Klinik ein junges Mädchen, das an getrennten epileptischen und hysterischen Krampfanfällen leidet

---

1) Vergl. das eingehende Referat von Moebius in Schmidt's Jahrbüchern, 1896. Bd. 249. Heft 1. S. 38.

und grade nach den letzteren sehr oft die Erinnerung für einen mehr oder minder langen, vor dem Anfall gelegenen Zeitraum verliert. — Einen ähnlichen Effekt werden unter Umständen auch Selbstmordversuche verschiedenster Art in Folge der mit ihnen verknüpften psychischen Traumen haben können. Dies ist aber jedenfalls ein höchst seltes Vorkommniss und lässt die Thatsache unerklärt, dass von allen Selbstmordversuchen grade die Erhängungsversuche diesen Effekt, man darf wohl sagen, regelmässig haben, falls nur gewisse Vorbedingungen erfüllt sind. Hieraus geht zur Evidenz hervor, dass die Erhängungsversuche in dieser Hinsicht eine Ausnahmestellung einnehmen, dass bei ihnen besondere Schädigungen des Gehirns stattfinden müssen.

Uebrigens ist ein sicherer Fall von hysterischer retroaktiver Amnesie nach Erhängungsversuch meines Wissens noch nicht bekannt geworden. In einigen Fällen hat man versucht, die verlorenen oder abgeblassten Erinnerungsbilder auf dem Wege der hypnotischen Suggestion wieder hervorzurufen, mit negativem Erfolge. Dies könnte aber, auch wenn es gelänge, den oben angestellten Erwägungen gegenüber nicht viel beweisen. So lange es nicht gelungen ist, schwebt die Diagnose Hysterie meines Erachtens in der Luft. Keinesfalls ist es zulässig, alle Krankheitserscheinungen eines Falles für hysterisch zu erklären, weil einige unzweifelhaft hysterische Symptome vorhanden waren. Höchst trügerisch sind auch die Schlüsse, die man in einigen Fällen aus der Art der bei der Wiederbelebung auftretenden motorischen Störungen gezogen hat.

Auf diese habe ich seinerzeit im Vergleich zur retroaktiven Amnesie nur geringes Gewicht legen zu sollen geglaubt; ich halte dies auch heute noch insofern für richtig, als diese krampfartigen Zufälle durchaus kein konstantes Symptom bei den Wiederbelebten sind und jedenfalls viel häufiger vermisst werden als die retroaktive Amnesie, die ich in den letzten Jahren noch in verschiedenen anderen Fällen habe feststellen können. —

Indessen lehrt unser neuer Fall, dass auch diese Reizerscheinungen auf körperlichem Gebiet, falls es gelingt, sie genügend zu beobachten, ein recht werthvolles Material zur Beurtheilung des vorliegenden Zustandes bilden können.

Mit Recht ist hervorgehoben worden, dass es sich hier keineswegs immer um Krämpfe im eigentlichen Sinne handelt, sondern vielfach nur um einen allgemeinen Bewegungsdrang, der gar nichts Specificisches an sich hat, da er genau in derselben Weise auch in epileptischen und anderen Erregungszuständen vorkommt. Ausserdem sind verschiedent-

lich automatische Bewegungen und endlich auch eigentliche Krampfanfälle beobachtet worden. —

Es ist zuzugeben, dass man in manchen Fällen nach der blossem Beschreibung dieser Krankheitserscheinungen versucht sein könnte, Hysterie zu diagnosticiren. Auch in unserem Falle wäre dies nicht ausgeschlossen. Indessen zeigt dieser deutlich, wie irrthümlich ein solcher Schluss wäre.

Auch wir konnten sehr mannigfaltige motorische Reizerscheinungen feststellen: Da waren einmal die Krampfanfälle, auf die noch zurückzukommen sein wird, ferner die combinirten Bewegungen, die stark an willkürliche erinnerten, und endlich zeitweise auch ein elementarer Bewegungsdrang, der sich im blinden Toben gegen die Umgebung äusserte. Alles dies spielte sich aber zu einer Zeit ab, wo das Bewusstsein noch erloschen war. Der glückliche Umstand, dass ich, mit noch einigen anderen Kollegen, diese Vorgänge persönlich beobachten und mich fortgesetzt sowohl über den allgemeinen Habitus des Kranken als auch insbesondere über das Verhalten der Pupillen etc. auf dem Laufenden halten konnte, setzt mich in den Stand, dies mit voller Bestimmtheit zu behaupten.

Wir hatten es also, wenn wir zunächst einmal von den eigentlichen Krämpfen absehen, mit automatischen und reflectorischen Bewegungsakten zu thun, die bei oberflächlicher Betrachtung sehr wohl als hysterische imponiren könnten und vielleicht auch als solche aufgefasst worden wären, wenn wir sie lediglich nach den Berichten des Warte-personals hätten beurtheilen müssen. Die persönliche Beobachtung liess allerdings eine solche Vermuthung nicht aufkommen.

Was endlich die eigentlichen Krämpfe betrifft, so zeichneten sich diese durch ihren ganz überwiegend tonischen Charakter aus, wie er Reizvorgängen innerhalb der Medulla oblongata und der Brücke sehr wohl entspricht<sup>1).</sup>

Ich halte unseren Fall nach dem Vorstehenden für ein rechtes Paradigma der nach Strangulation eintretenden krankhaften Störungen. Ob für diese mehr die Asphyxie oder die durch Carotidenverschluss bedingte Hirnanämie verantwortlich zu machen ist und wie weit dabei die neuerdings von Kompe<sup>2)</sup> betonte Vaguscompression mitspielt, vermag ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls handelt es sich bei

1) Vergl. hierzu: Hitzig, Untersuchungen über das Gehirn. Berlin, 1874. — v. Monakow, Gehirnpathologie. I. Theil. S. 343.

2) l. c. S. 315.

den Erhängungsversuchen um die Concurrenz verschiedener Vorgänge, die zu Reizungszuständen, Ernährungsstörungen, kurz zu materiellen Schädigungen des Centralorgans führen und ihren klinischen Ausdruck in einem höchst typischen und durch die retroaktive Amnesie besonders charakteristisch gefärbten Zustandsbilde finden. — Ich glaube, dass die bis jetzt vorliegenden Beobachtungen genügen, um diesen Satz als einen allgemein gültigen hinzustellen.

---

Herrn Geheimrath Hitzig, meinem langjährigen verehrten Chef, sage ich meinen besten Dank für die freundliche Ueberlassung der im Vorstehenden benutzten Krankengeschichten.

---