

XX.

Aus der Anstalt für Epileptische Wuhlgarten der Stadt
Berlin (Director Dr. Hebold).

Hysterie und Epilepsie¹⁾.

Von

Dr. Bratz,

Oberarzt in Wuhlgarten.

Dr. Falkenberg,

Oberarzt in Herzberge, früher Wuhlgarten.

Die Nothwendigkeit, eine Reihe von anscheinend unanfechtbaren differentialdiagnostischen Zeichen zwischen dem hysterischen und epileptischen Anfall auf Grund von neueren einwandfreien Untersuchungen aufgeben zu müssen, ist wohl der Anlass gewesen, dass die Frage nach den Beziehungen, die zwischen den beiden Neurosen überhaupt obwalten, in den letzten Jahren von Neuem zur Discussion gestellt worden ist. Die mannigfachen Schwierigkeiten, die sich einer Verständigung entgegenstellten, wurden durch eine unglücklich gewählte Bezeichnung Hystero-Epilepsie, welche die beiden Neurosen zu einer klinisch erst zu beweisenden engen Verbindung zusammenkoppelte, um so mehr vergrössert, als dieser Name von verschiedenen Autoren für ganz verschiedene Dinge angenommen wurde. Es genügt, an dieser Stelle daran zu erinnern, dass Charcot unterschied eine hystéro-épilepsie à crises mixtes, bei der es sich überhaupt nicht um Epilepsie, sondern um eine eigenthümliche Form von schwerer Hysterie mit eigenartigen Anfällen handelte, und eine hystéro-épilepsie à crises distinctes, bei der dasselbe Individuum sowohl an Hysterie als an Epilepsie erkrankt ist, und bei der beide Affectionen nebeneinander hergehen, „ohne einander in merklicher Weise zu beeinflussen, insofern jede derselben ihren Charakter und ihre besondere Prognose beibehält“.

Die gleiche Bezeichnung Hystero-Epilepsie wurde aber ausserdem von den verschiedensten Autoren auch noch für eine Art Zwittrerkrankheit halb Hysterie, halb Epilepsie angewandt, ja diese letztere Kategorie

1) Nach einem in der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde vom 9. März 1903 gehaltenen Vortrage.

wuchs immer mehr dadurch an, dass man sich gewöhnte, alle diagnostisch schwierigen und zweifelhaften Fälle einfach mit dem Etikett Hystero-Epilepsie zu versehen, ohne sich recht darüber klar zu sein, welche klinische Stellung man dieser Erkrankung zuschreiben sollte. Sicherlich haben eine Reihe von Autoren es sich mit dieser Diagnose recht bequem gemacht und insoweit war Möbius wohl im Recht, wenn er mit der ihm eigenen drastischen Ausdrucksweise Hystero-Epilepsie als einen „unpassenden Wärtersausdruck“ bezeichnete.

Die Bezeichnung Hystero-Epilepsie verleitete aber auch dazu, zwischen den beiden Neurosen eine besonders nahe innere verwandtschaftliche Beziehung anzunehmen, eine Auffassung, die am schärfsten von Steffens verfochten und dahin formulirt wurde, dass „das Wesen der Hysterie und Epilepsie überhaupt nicht principiell unter einander verschieden ist, sondern dass dieselbe Krankheitsursache hier nur in verschiedener Intensität und Nachhaltigkeit in die Erscheinung tritt“. Zustimmung hat Steffens, so weit wir sehen, nirgends¹⁾ gefunden, und Kaiser hat sicherlich Recht, wenn er die Steffens'schen Anschauungen unter Hinweis auf die sonstigen in der Literatur niedergelegten Meinungen scharf zurückweist. Zuzugeben ist, dass es ein bestimmtes absolut pathognomonisches Symptom nicht giebt, von dem man behaupten könnte, dass es nur bei einem epileptischen oder nur bei einem hysterischen Anfall vorkäme. Auch den von Kaiser erwähnten Angaben von Gilles de la Tourette und Cathelineau, denen zufolge sich nach einem hysterischen Anfall ausser Veränderungen der 24ständigen Harnmenge eine Verminderung des im Harn ausgeschiedenen Harnstoffs und der Gesammtphosphorsäure findet, wobei ausserdem noch das Verhältniss der Erdphosphate zu den Alkaliphosphaten eine bemerkenswerthe Äenderung erfährt (Inversion der Phosphatformel), während nach einem epileptischen Anfall eine Vermehrung der ausgeschiedenen Harnstoff- und Gesammtphosphorsäuremenge auftritt, können wir eine solche ausschlaggebende Bedeutung nicht beimessen. Wenigstens ist von Rabow und Kühn nach epileptischen Anfällen eine deutliche Abnahme der Harnstoffmenge im Urin constatirt und Arbeiten von Vougres, Poels, Ballet, Bleile, Voisin et Raymond, Petit, sowie eigene Angaben von Gilles de la Tourette und Cathelineau und Anderen beweisen jedenfalls, dass die Inversion der Phosphatformel keine specifische Folgeerscheinung des hysterischen Anfalls ist, insbesondere machen Voisin et Raymond Petit darauf aufmerksam, dass

1) Erst nach Abschluss dieser Arbeit ist die Veröffentlichung von Nonne erschienen.

was ja auch vorauszusehen war, die Phosphatausscheidung weit mehr von der Ernährung abhängig ist. Abgesehen von den Schwierigkeiten, die sich in praxi ergeben würden, wenn auf die Urinuntersuchung die Differentialdiagnose des einzelnen Anfalles gegründet werden sollte, scheint uns also auch theoretisch die Richtigkeit der Behauptung der beiden französischen Autoren noch in der Luft zu stehen. — Wenn wir demnach schon hier zugeben, dass es möglich und denkbar ist, dass ein einzelner Anfall derart verlaufen kann, dass es unmöglich ist, mit Sicherheit zu sagen, ob es ein epileptischer oder hysterischer ist, so folgt daraus keineswegs, dass in dem angenommenen Falle auch eine Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie unmöglich wäre. Der einzelne Anfall ist nur ein Symptom, die Diagnose Hysterie oder Epilepsie baut sich aber wie jede andere Diagnose auf den Nachweis einer Reihe von krankhaften Erscheinungen auf; versagt im Einzelfall das eine Symptom, so werden wir um so mehr Werth auf die übrigen legen müssen, insbesondere auf Aetiologie, Beginn und Verlauf des Gesamtleidens; wir werden besonders beachten müssen, dass die Epilepsie zu mehr oder minder deutlich fortschreitender Abnahme der geistigen Kräfte führt, während wir bei Hysterie eine derartige Verblödung nicht finden. Es bleibt weiter als charakteristisch für die Epilepsie bestehen eine gewisse Eintönigkeit und Einförmigkeit im psychischen Bilde, wie sie sich auch in der jahrelangen, oft während des ganzen Lebens andauernden periodischen Wiederkehr endogen bedingter Paroxysmen zeigt, während wir bei der Hysterie nur selten das Wechselvolle und Sprunghafte im Krankheitsbilde, sowie das psychogene Moment beim Auftreten oder im Verlauf paroxysmaler Symptome vermissen. Auf diesem Standpunkte, dass die sogenannten differentialdiagnostischen Zeichen zwischen Epilepsie und Hysterie nur den Werth von Majoritäts-symptomen haben, dass aber der Gesamtverlauf beide Neurosen trennt und völlig scheidet, so dass Zwischenformen, die in der Mitte zwischen beiden stehend einen Uebergang von der einen zur andern vermitteln, nicht existiren, steht auch Hoche in seinem auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte erstatteten Referate, und dieser Standpunkt fand in der sich anschliessenden lebhaften Discussion allseitig Billigung. Zu ähnlichen Resultaten, insbesondere zur Verwerfung einer als Hystero-Epilepsie zu bezeichnenden Krankheitsform sui generis kommen fast alle Autoren, die sich in den letzten Jahren mit dieser Frage beschäftigt haben, von denen wir ausser Möbius und Kaiser noch nennen wollen Löwenfeldt, Sommer, Bresler, Raecke und Weygandt. In einen nur scheinbaren Gegensatz zu diesen Autoren stellt sich Ziehen, der zwar von einer Uebergangs-

form zwischen Hysterie und Epilepsie spricht, augenscheinlich aber das Nebeneinandervorkommen beider Neurosen meint, worauf wir später noch zurückkommen. Derjenige Autor, der mit aller Bestimmtheit für die Existenz einer als Hystero-Epilepsie zu bezeichnenden eigenthümlichen Mischform eintritt, ist Binswanger, der in seiner vor trefflichen Monographie über Epilepsie von einer innigen Verwandtschaft zwischen Epilepsie und Hysterie spricht und dann den Satz aufstellt: „Auf dem Boden der erblichen Degeneration kommen eigenthümliche Mischformen zu Stande, bei welchen vom Beginn des Leidens an epileptische und hysterische Krankheiterscheinungen neben- und durcheinander sowohl die paroxysmellen als auch die interparoxysmellen Zustände beherrschen, so dass man dann thatsächlich von einer Hystero-Epilepsie sprechen muss, und eine Trennung in zwei bestimmte Krankheitstypen nicht durchführbar ist.“ Binswanger spricht also, wie wir ausdrücklich hervorheben möchten, nicht von einer Uebergangs- oder Zwischenform, sondern von einer Mischform; auch er hält eine differentielle Diagnose zwischen Epilepsie und Hysterie bei einfachen Formen nicht nur für möglich, sondern auch aus wissenschaftlichen und praktischen Gründen für absolut nothwendig, er meint aber, dass unser diagnostisches Vermögen an den vorstehend genannten Mischformen recht häufig scheitert. „Wir müssen uns dann mit der ätiologisch-klinischen Diagnose einer degenerativen Mischform begnügen.“

Diesen so gekennzeichneten Mischformen stellt er gegenüber das getrennte Nebeneinander epileptischer und hysterischer Symptome bei demselben Individuum: „Es besteht eine innige Verwandtschaft zwischen Epilepsie und Hysterie, welche sich auch bei den einfachen Krankheitsformen dadurch kundgibt, dass zu der epileptischen Neurose im Laufe der Zeit typische (meist interparoxysmale) hysterische Elemente oder umgekehrt zu der ausgeprägten Hysterie epileptische, paroxystische Attauen später hinzukommen.“ Wir glauben Binswanger richtig zu interpretiren, wenn wir trotz der „innigen Verwandtschaft“, die er den beiden Neurosen zuschreibt, annehmen, dass für ihn das Anerkenniss der Existenz einer Hysteroepilepsie nicht etwa eine aus theoretischen Deductionen über das Wesen der beiden Neurosen sich mit Nothwendigkeit ergebende Schlussfolgerung, sondern das Ergebniss der Frage ist, ob es gelingt, der Schwierigkeiten, die sich bei der Differentialdiagnose zwischen beiden Neurosen in den complicirten Fällen ergeben, Herr zu werden. Diese Schwierigkeiten liegen nun vornehmlich in der Classificirung des einzelnen Symptoms; wollen wir sie überwinden, müssen wir, wie schon oben dargelegt, unser Augenmerk auf den Gesamtverlauf des Leidens richten, und über diesen werden wir am sichersten

zur Klarheit kommen, wenn die fraglichen Fälle möglichst lange in Beobachtung bleiben. Eine Nachprüfung der Frage, ob es eine Hysteroepilepsie als Mischform im Sinne Binswanger's giebt, an einem möglichst grossen und möglichst stabilen Anstaltsmaterial erschien uns daher nicht unwichtig, zumal unseres Wissens eine derartige Untersuchung in grösserem Umfange noch nicht angestellt ist. Wir waren nun Dank der uns freundlichst ertheilten Erlaubniss unseres hochverehrten Chefs, Herrn Director Dr. Hebold, in der bevorzugten Lage, das gesammte Material der Anstalt Wublgarten, das sich keineswegs nur aus Epileptikern, sondern aus Krampfkranken allerhand Art zusammensetzt und das ca. 2500 Fälle umfasst, berücksichtigen zu können. Von diesen sind mehrere zu verschiedenen Zeiten, aber getrennt von einem jeden von uns behandelt worden, während wieder andere bis zu 11 Jahren mit kurzen Unterbrechungen von dem einen oder anderen von uns beobachtet waren; ca. 1000 Kranke passirten während der Zeit, die wir dieser Arbeit widmeten, unsere Abtheilungen, von den übrigen 1500 war ungefähr die Hälfte wenigstens dem einen von uns aus eigener Anschauung mehr oder minder bekannt. Diesen für unsere Arbeit förderlichen Vorzügen unseres Materials standen aber auch gewisse Nachtheile gegenüber. Die aus den verschiedensten Zeiten stammenden Aufzeichnungen in den Krankengeschichten, auf die wir uns stützen mussten, rührten von den verschiedensten Beobachtern her und waren daher nicht immer gleichwertig und gleich vollständig, insbesondere wiesen die Anamnesen, zumal der grösste Theil der Journale keineswegs mit Rücksicht auf das uns beschäftigende Thema geführt war, hier und da Lücken auf, wodurch das Gesammturtheil über den Fall freilich nicht immer beeinflusst, die Beantwortung gewisser uns interessirender Einzelfragen aber erschwert oder unmöglich wurde; schliesslich mussten wir einen Theil der Kranken von vornherein ausscheiden, weil die Dauer ihres Anstaltsaufenthaltes eine zu kurze war. Unser Material bedurfte also zunächst einer gewissen Sichtung, immerhin war die Zahl der auch dann noch verbleibenden brauchbaren Fälle eine so grosse, dass das Ergebniss unserer Untersuchungen uns nicht bedeutungslos erscheint. Und dieses Resultat war, dass sich kein einziger Fall fand, bei dem wir gezwungen gewesen wären, die Diagnose Hysteroepilepsie im Sinne Binswanger's zu stellen, und dass sich alle Fälle als einfache Epilepsie oder Hysterie oder als eine später noch genauer zu besprechende Addition beider Neurosen herausstellten. Freilich trugen nicht wenige Journale die Krankheitsbezeichnung Hysteroepilepsie, bei anderen war zu verschiedenen Zeiten von verschiedenen oder auch von demselben Beobachter (übrigens vor Jahren auch von uns selbst) bald die Diagnose

Hysterie, bald Epilepsie gestellt worden, und es war interessant, bei einer nachträglichen Analyse festzustellen, wodurch aller Wahrscheinlichkeit nach diese Unsicherheit oder dieser Wechsel in den Diagnosen verursacht war. Wir hatten den Eindruck, dass vor allem dem Verlaufe des einzelnen Anfalls eine zu hohe Bedeutung für die Diagnose des Gesamtleidens beigelegt war, dass andererseits der Anamnese und dem Gesamtverlaufe im Verhältniss zu dem Zustandsbilde, das sich den Beobachtern gerade bot, zu wenig Beachtung geschenkt war, und dass schliesslich die Möglichkeit, dass bei demselben Individuum Epilepsie und Hysterie, aber getrennt für sich, vorkommen können, zu wenig berücksichtigt worden war. Wenn es statthaft ist, diese an einem grossen Material gewonnenen Erfahrungen zu verallgemeinern, so möchten wir meinen, dass auch die Zahl der in der Literatur als Hysteroepilepsie bezeichneten Beobachtungen, soweit damit eine Art Zwischending zwischen Epilepsie und Hysterie gemeint ist, ganz beträchtlich geringer werden und nach unserer Ansicht sogar ganz verschwinden würde, wenn es den Autoren möglich gewesen wäre, eine genügend sichere und genauere Anamnese zu erhalten oder ihre Fälle genügend lange und genügend sorgfältig auch mit Bezug auf die interparoxysmalen Zeiten zu beobachten. Was unter einer „genügend langen“ Beobachtung zu verstehen ist, lässt sich nicht ohne Weiteres definiren: wir sind z. B. einzelnen Fällen begegnet, bei denen erst durch die dauernde, Jahre lange fortgesetzte Anstaltsbeobachtung die Diagnose sicher gestellt werden konnte. Und das kann nicht Wunder nehmen, wenn wir an die mannigfachen Formen denken, unter denen der epileptische Anfall auftreten kann, und die so vortrefflich von Binswanger als atypische, rudimentäre und abortive Anfälle geschildert sind, wenn wir uns ferner noch einmal daran erinnern, dass alle sogenannten differentialdiagnostischen Zeichen des Anfalls nur einen sehr beschränkten Werth haben, dass insbesondere einerseits sowohl Pupillenstarre als auch völlige Bewusstlosigkeit im hysterischen Anfalle, anderseits erhaltene Pupillenreaction und erhaltenes Bewusstsein im epileptischen Anfall vorkommen kann, dass nach Thomesen und Oppenheim, Fischer und Richter auch bei Epileptischen interparoxysmal nicht nur passagere, sondern auch stationäre sensible und sensorische Anästhesien sich finden, dass ferner, worauf jüngst wieder Nissl aufmerksam machte, der Nachweis einzelner sogenannter hysterischer Züge im psychischen Verhalten in der anfallsfreien Zeit keineswegs zur Diagnose Hysterie berechtigt, und dass schliesslich auch einmal eine eintretende Verblödung nicht im causalen Zusammenhang mit dem Krampfleiden zu stehen braucht und daher für die Diagnose dieses nicht verwendbar ist.

Einige Fälle, bei denen die eine oder andere Schwierigkeit sich fand, die nur durch die Jahre lange Beobachtung überwunden werden konnte, wollen wir im Nachfolgenden kurz schildern:

No. 1. Franz K. (383), Schornsteinfeger und Telephonarbeiter, geb. 1854, in Beobachtung seit 1892.

Traumatische Epilepsie, zahlreiche Anfälle mit erhaltener Pupillenlichtreaction, Kopfschmerzen, Verblödung.

Keine Belastung, kein Potus, keine Lues, K. war erfolgreich in seinem Berufe thätig.

April 1892 war K., auf einer Stehleiter stehend, damit beschäftigt, eine elektrische Leitung an der Decke eines Saales entlang zu ziehen. Er fiel herunter, zog sich eine Hautabschürfung am Gesicht und Kopf und eine Verstauchung des linken Armes zu, blieb ca. 10 Minuten besinnungslos liegen. Er ging zunächst nach dem Lazaruskrankenhouse, klagte seinem Begleiter auf dem Wege über Kopfschmerzen, wurde anderen Tags aus dem Krankenhouse entlassen. Seither häufige Anfälle und in der anfallsfreien Zeit beständige Kopfschmerzen.

Von diesen Anfällen seien hier zwei, welche im Juni 1892 ärztlich in der Charité beobachtet sind, beschrieben und vorweg bemerkt, dass in ihnen damals wie später oft in unserer jahrelangen eigenen Beobachtung die Pupillenreaction auf Licht zweifellos erhalten war.

Eines Abends richtet K. im Bette den Kopf auf, dreht ihn langsam von der linken nach der rechten Schulter, streckt die Arme aus, greift mit den Fingern in die Luft. Etwas Schaum vor dem Munde. Am nächsten Morgen matt, will sich entsinnen, dass er gemerkt habe, wie ihm schwindlig wurde.

Ein anderer Anfall beim Kaffetrinken: Wird bleich, Lippen blau, Pupillen erweitert, reagiren auf Licht. Speichel vor dem Mund, leichte Zuckungen in den Armen, sucht dann mit den Händen in den Kleidern herum. Spricht noch kurze Zeit verwirrt.

In solchen Anfällen auch Abwehrbewegungen; siehe die spätere Schildderung vom 10. Februar 1903.

Die folgenden Monate wurde Patient in einem medico-mechanischen Institut behandelt und dort als bewusster Simulant begutachtet.

In einem psychiatrischerseits 1894 abgegebenen Gutachten werden die Anfälle mit Bezug auf die erhaltene Pupillenreaction und die coordinirten Bewegungen als hystero-epileptisch bezeichnet und wird darauf hingewiesen, dass zwar keine sonstigen hysterischen Zeichen vorliegen, dass aber in dem Gemüthszustande des Patienten die Unzuverlässigkeit und Lügenhaftigkeit des Hysterischen mit der Reizbarkeit und Stumpfheit des Epileptikers sich mischen.

In den folgenden 8 Beobachtungsjahren in Wuhlgarten fast täglich 1' bis 2 Anfälle der beschriebenen Art. Im Laufe der Jahre wird der Charakter der Anfälle allmälig etwas schwerer und immer häufiger kommen bei den Anfällen Fall und kleinere Verletzungen zur Beobachtung. 1900 wird zum ersten Male ein ausgesprochener epileptischer Krampfanfall mit aufgehobener Lichtreaction der Pupillen constatirt. In den leichteren Anfällen Lichtreaction prompt.

Februar 1903 Pupillenreaction auch heute noch bei oft wiederholter Prüfung in den kleinen Anfällen erhalten. Doch zeigt sich jetzt häufig, wenn die Beobachtung recht exact möglich ist, für einen kurzen Moment die Reaction deutlich träge, im nächsten Augenblick, während der Anfall noch andauert, wieder prompt. Ein Beispiel folge:

10. Februar 1903. Patient stand im Zimmer. Keine Vorboten. Gesichtsmuskeln verzerrt, Gesichtsfarbe blass, keine Zuckungen; Augen offen, die Pupillen mittelweit, reagiren im Anfang träge, jedoch am Schlusse des Anfalls prompt auf Lichteinfall. Beim Beleuchten mit der elektrischen Lampe macht Patient heftige Abwehrbewegungen mit den Händen. Patient blieb im Anfall stehen. Nach dem Anfall ein kurzes Stadium von Verwirrtheit. Dauer des Anfalls 2 Minuten.

Zweimal während der 3 wöchentlichen Lazarethbeobachtung epileptische Krampfanfälle, die zwar einen etwas atypischen Verlauf zeigten, aber mit völliger Aufhebung der Pupillenlichtreaction einhergingen. Einer dieser Krampfanfälle sei beschrieben:

16. Februar 1903. Keine Vorboten, kein Schrei. Patient stand an der Polsterbettstelle, schwingt mit den Händen um sich, fällt zur Erde, wird aufs Bett gelegt. Tonus des ganzen Körpers, Gesichtsfarbe blass. Leichte Zuckungen der Arme und Beine. Schaum vor dem Munde. Die Pupillen über mittelweit, reagiren nicht auf Lichteinfall. Beim Berühren des Augapfels Abwehrbewegungen, auch tritt Lidschluss ein. Nach dem Anfall liegt Pat. $1/2$ Stunde ruhig auf dem Bett, dann wieder klar. Dauer des Anfalls 4 Minuten.

Zwischen den Anfällen ist Pat. ständig von Kopfschmerzen geplagt; mit einem befeuchteten Tuche um den Kopf eine typische Anstaltserscheinung. Er wird immer reizbarer und schwachsinniger. In dem letzten Jahre kann er sogar nicht mehr beschäftigt werden.

Somatisch: Ausser den andauernden Kopfschmerzen nichts Bemerkenswerthes.

Epikrise: Der Fall hat in seinen Anfangsstadien diagnostische Schwierigkeiten bereitet, weil zunächst in den immer leichten Anfällen ohne Sturz mit kurzer Bewusstseinstrübung die erhaltene Pupillenreaction auffallen musste. Heute nach der 10 Jahre langen Beobachtung kann trotz der letzteren Erscheinung wegen der allmäßigen Verblödung des Kranken und der Annäherung der Anfälle an den klassischen Typus an der einfachen Diagnose „Epilepsie“ kein Zweifel mehr sein.

Sehr bemerkenswerth ist das Bestehen der Pupillenlichtreaction, welches für einen Theil der Anfälle durch die 10 Beobachtungsjahre seit Beginn der Krankheit bis heute oft constatirt ist. Besonders interessant erscheint uns, wie nach jahrelangem Bestehen der leichten „hystero-epileptisch“ genannten Anfälle auch typische Krampfanfälle mit Aufhebung der Lichtreaction auftreten und wie endlich in der

letzten Zeit auch in den leichten Anfällen die Pupillenreaction für einen Augenblick träge wird.

In der Literatur ist zwar Pupillenreaction als gelegentliche Beobachtung im epileptischen Anfall mehrfach beschrieben (siehe Binswanger, S. 226 ff.). Eine zeitlich so umfassende Beobachtung jedoch haben wir nicht gefunden. Bemerkenswerth erscheint die deutliche Tendenz des Leidens, allmälig im Anfall die Pupillenlichtreaction erlöschen zu lassen.

Es liegt hier traumatische Epilepsie vor, die Folge einer schweren Gehirnerschütterung mit Demenz und epileptischen Krampfanfällen. Wir können aber hinzufügen, dass wir auch bei Frühepilepsie ein ähnliches Verhalten der Pupillenreaction gesehen haben, nämlich prompte Lichtreaction, bei zahlreichen petit mal-Anfällen neben Pupillenstarre in selteneren Krampfanfällen. Es war dies z. B. in der folgenden Beobachtung Karl Sch. der Fall.

No. 2. Karl Sch. (1408), Bureaugehilfe, geboren 1875, in Beobachtung seit 1901.

Sogenannte „Hystero-Epilepsie“. — Seit dem 15. Lebensjahr eigenartige petit mal-Anfälle, die wegen der erhaltenen Lichtreaction der Pupillen von einigen Beobachtern als Hysterie, von andern als Epilepsie gedeutet wurden. Hypalgesia totalis. Enddiagnose wegen geistigen Rückgangs, der Eintönigkeit der petit mal-Anfälle, vereinzelter schwerer epileptischer Krampfanfälle: Epilepsie.

Vater Potator, hat sein Gut verspielt, die Frau verlassen. Pat. war bis zum 8. Lebensjahr viel kränklich. Hat dann die Knabenschule einer kleinen Stadt mit mittlerem Erfolge besucht, ohne den Lehrern als psychisch abnorm aufzufallen.

Als Pat. Kaufmannslehrling war, im 15. Lebensjahr stellten sich leichte, aber von vornherein ziemlich häufige Anfälle ein. Die Anfälle bestanden damals in „einem Angstgefühl und Drücken in der Herzgegend, vor den Augen drehte sich alles“, kurzer Bewusstseinspause. Pat. fiel nicht bei diesen Anfällen, hielt sich zumeist fest (wie später auch ärztlich beobachtet). Sogar beim Schwimmen will er solche Anfälle gehabt haben; er konnte weiter schwimmen und habe nur gemerkt, dass er einige Male tief atmete und etwas ängstlich war. S. musste wegen dieser Anfälle die Lehre verlassen, war einige Zeit bei der Mutter, dann als Schreiber thätig. August bis November 1896 war Pat. mit Klagen über asthmatische Anfälle in ärztlicher Behandlung, bei welcher Gelegenheit der Symptomcomplex des Morbus Basedow constatirt und mehrfach starke „Angstanfälle mit Schwindelgefühl“ beobachtet wurden.

Im März und im September 1899 wegen je eines Diebstahls bestraft; hatte einmal in Abwesenheit eines Bekannten, dessen Schwester er besuchte, dessen Uhr mitgenommen.

September 1900 wird er wegen Wechselfälschung in zwei Fällen zu 9 Monaten Gefängniss verurtheilt. Pat. hatte u. A. ein Primawechselformular ausgefüllt „Angenommen R. Sp. . . .“ und vergeblich zum Verkauf bei drei Personen des Städtchens angeboten.

Weil seine Anfälle, bei denen er „einen Augenblick zitterte und gehalten werden musste“, bekannt waren, und weil sein ganzes Verhalten bei der Strafthat thöricht erschien, war er vor der Aburtheilung der Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen worden. Ein Gutachter konnte kein Zeichen von Geisteskrankheit auffinden, der andere hielt einen moralischen Defect für vorliegend. Wir verdanken dieser Beobachtung die erste ärztliche Beschreibung des Verlaufs der Anfälle. Es wurde damals bei den stets kurzdauernden Anfällen bemerkt ein Erblassen des Gesichts, Erweiterung der Pupillen und nach einem besonders langen, $\frac{1}{2}$ Minute dauernden Anfall eine Zeit lang noch ein zerfahrenes Wesen.

In einer anderen Provinzialanstalt, wohin er nach mehreren Anfällen mit Bewusstseinsverlust Dezember 1900 gebracht wurde, ist folgender Anfall beobachtet:

Der Arzt hörte, wie Sch. im Nebenraum plötzlich schrie „mein Gott“. Beim Hinzukommen des Arztes stand er an die Wand gelehnt mit blassem Gesicht und stierem Blick, sagte unmittelbar darauf, dass er eben einen Anfall gehabt, das Bewusstsein aber nicht verloren habe. Er habe deutlich gehört, wie der Doctor gekommen sei.

Am Nachmittage desselben Tages ein Anfall, während Patient mit dem Arzte sprach. Pupillenreaction erloschen (?), Bewusstsein nicht aufgehoben, sondern nur etwas getrübt. Pat. merkte, wie der Arzt die Pupillenreaction prüfte. Sprach unmittelbar nach dem Anfall weiter.

November 1901 wird er in einem Berliner Krankenhouse aufgenommen, weil er in den letzten Tagen häufig Krampfanfälle gehabt habe. „Zahlreiche Verletzungen an den Gliedmaassen“. Die dort beobachteten häufigen Anfälle imponiren durchweg als hysterische.

Wird mit der Diagnose „Hysterie“ im December 1901 nach Wuhlgarten verlegt, wo in der ersten Zeit die anscheinend gleichen Anfälle wie im Krankenhouse die gleiche Diagnose erfahren. Ein ärztlich als „hysterischer“ beschriebener Anfall am Beginn der Exploration am Aufnahmetage (13. December 1901):

Verzieht das Gesicht, sinkt vom Stuhl, schlägt heftig mit den Beinen um sich, schnarcht etwas. Gesicht nicht verfärbt, Pupillen Anfangs erweitert, reagiren aber auf Licht. Kein Zungenbiss, keine Enurese. Er ruft „ach Gott, ach Gott, was ist mit mir“. Als ihm der Pfleger die Beine festhält, ruft er: „lasst mich los“. Dauer des Anfalls 1 Minute. Kommt sofort zu sich, weiss, dass er einen Anfall gehabt. Ist unmittelbar nach dem Anfall gereizt, will sich nicht auf den Stuhl setzen, lässt sich dann eingehend weiter exploriren. Während der folgenden Beobachtung ebenso wie der beiden späteren in Wuhlgarten fast jeden Tag und jede Nacht Anfälle: Tags 1 bis 3, Nachts 1 bis 4 Anfälle.

30. Januar 1902 auf stetes Drängen entlassen, aber schon 1. März 1902 wieder aufgenommen.

2. März ärztliche Beobachtung: Wird plötzlich im Bett sehr unruhig, wirft sich nach vorn, zappelt mit Armen und Beinen, wirft den Kopf nach den Seiten, ruft wie mit erstickender Stimme „was ist denn los“, bringt weitere Worte nicht hervor, auf Zureden sich hinzulegen oder zu beruhigen reagirt Pat. nicht — es treten etwa 4 tiefe, seufzerartige Atemzüge ein, hiernach Beruhigung des Körpers, Erschlaffung, Benommenheit und Erblassen des Gesichts, letzteres etwa von der Dauer $1\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{4}$ Minuten. Kein Zungenbiss, kein Schaum vor dem Munde. Die erweiterten Pupillen reagiren unmittelbar nach Aufhören der motorischen Erregung; während der letzteren war eine Prüfung der Pupillenreaction nicht ausführbar. — Pat. weiss nur, dass ihm so ängstlich war, dass es ihm so alles in der Brust zudrückte. Dauer des ganzen Anfalles ca. 2 Minuten.

Soweit war die Beobachtung gediehen, als Pat. für die Zwecke dieser Arbeit einer erneuten diagnostischen Betrachtung von uns unterworfen wurde. Es war schon oben angedeutet, dass die zahlreichen leichten Anfälle, immer von dem soeben in 2 Beispielen beschriebenen eigenartigen Verlauf und immer mit erhaltener Pupillenlichtreaction zu der Diagnose Hysterie zu drängen schienen.

Der körperliche und geistige Befund bot Juli 1902 folgende bemerkenswerthen Einzelheiten:

Sch. ist ein langer, schmächtiger, sehr blasser junger Mann. Bei normaler Berührungsempfindlichkeit besteht eine constante und oft nachgewiesene Herabsetzung der Schmerzempfindung am ganzen Körper. Die Sehnenphänomene etwas lebhaft. Leichter Tremor manuum. Die Symptome des Morbus Basedow angedeutet: beide Schilddrüsenlappen ein wenig vergrössert, weich, Puls manchmal bei anscheinender Ruhe des Pat. 114 Schläge, zu anderen Zeiten 76. Bulbi etwas gross, nicht prominent.

Ausserordentlich leidenschaftlicher Raucher, consumirt in der Anstalt einmal 50 Cigarren in 3 Tagen; nimmt Cigarren von tiefstehenden Kranken geschenkt, bittet den Arzt, dass die Anstalt ihm Extracigarren anschaffe und das Geld verauslage. Er würde es später bezahlen, geschenkt nähme er nichts. Durch ein sehr anspruchsvolles Wesen und einen unendlichen Redestrom bei krankhafter Uebererregbarkeit wird die merkliche Geistesschwäche des Pat. nicht verdeckt. Vom Arzte angebotenes Selterswasser statt des verlangten Cacao weist er zurück; er wisse, was heilsam sei, habe bei einem Kreisphysikus geschrieben. Verlangt vom Arzte gebieterisch Auskunft, wie das zugehe, draussen habe ihm doch Natr. bicarbonicum gegen die Anfälle geholfen. Ehe derselbe antworten kann, wendet sich Patient beschwerdeführend an den anwesenden Oberpfleger wegen einer Schachtel Streichhölzer, die ihm abgenommen ist.

Patient wurde nun, ebenso wie andere Kranke für den Zweck dieser Arbeit, um das diagnostische Material bezüglich des Verlaufs der Anfälle zu mehren, einer mehrwöchentlichen Lazarethbeobachtung in der Weise unter-

worfen, dass Anfall für Anfall, der nicht vom Arzte beobachtet wurde, von zwei eigens geschulten und mit elektrischem Pupillen- und ausgerüsteten Pflegern genau beobachtet und beschrieben wurde. Aus dem so gewonnenen Beobachtungsmaterial von 54 Anfällen, das als zuverlässig sich auch insofern erwies, als die Pflegerbeobachtungen durchaus den ärztlichen entsprechen, sind folgende Ergebnisse zu ziehen:

Von den 54 beobachteten Anfällen (natürlich entzogen sich während der Beobachtungszeit fast ebensoviel leichte Anfälle der Controle) waren 50 leichte (petit mal) Anfälle, welche den oben gegebenen 2 Beispielen entsprechen. Von diesen 50 in ihrem Verlauf beobachteten konnte 28 mal sicher die Pupillenlichtreaction geprüft werden, jedesmal mit positivem Erfolge. Der Verlauf dieser leichten Anfälle war Tags wie Nachts der gleiche. Einige Beispiele seien noch gestattet:

Ein nächtlicher Anfall: Schrie laut „ach Gott, ach Gott, was ist denn los“. Stützt sich mit den Händen auf die Matratze und schwingt den Körper hin und her, Pupillen reagiren während dieser Schwingungen auf Licht.

Vormittags: Wollte die Kaffeetöpfe aus dem Lazareth tragen, wurde blass. Gesichtsmuskeln verzerrt. Hielt sich am Bett fest, wäre aber, ohne gehalten zu werden, wahrscheinlich gefallen. Keine weiteren Bewegungen des Körpers. Die Töpfe werden vom Pat. festgehalten. Atmung mühsam. Pupillen reagiren. Dauer $\frac{1}{2}$ Minute. Auf der Eisenbahnfahrt (in die Provinz) hatte Pat. einige leichte Anfälle, er wurde blass, hielt sich am Laufriemen der Wagendecke fest, der Körper sank einen Augenblick etwas zusammen, ohne dass die Mitreisenden etwas merkten.

Ausser diesen 50 leichten Anfällen ereigneten sich aber während der Beobachtungszeit im Lazareth noch 5 schwere Krampfanfälle von folgendem Typus: Lag im Bett und schließt. Wirft sich unruhig hin und her mit hörbarer Atmung. Schrie plötzlich laut auf. Starrkrampf des Körpers, in dem die Beine angezogen, die Arme gestreckt werden. Beide Daumen eingeschlagen, Gesicht cyanotisch, Schaum vor dem Munde, dann Zuckungen aller Glieder, lässt Urin unter sich; Dauer des Anfalls 4 Minuten. Noch $\frac{1}{4}$ Stunde benommen, schlafte dann ein. In einem dieser schweren Krampfanfälle gelang es nicht, die Pupillenlichtreaction mit Sicherheit zu prüfen. In den vier anderen war sie zweifellos für die Dauer des Anfalls erloschen.

Epikrise: Es musste im Verlauf der Aufzählung der Krankheitsercheinungen zugegeben werden, dass die eigenartigen, von coordinirten Bewegungen begleiteten, oft mit theilweise nur getrübtem Bewusstsein und regelmässig mit erhaltener Pupillenreaction einhergehenden leichten Anfälle auch bei genauerer Kenntniss ihres Verlaufs ohne weiteres nicht mit Sicherheit der Epilepsie oder der Hysterie zugerechnet werden konnten. Es sind das Fälle, die dann in dieser Verlegenheit der Entscheidung leicht die Diagnose „Hystero-Epilepsie“ erhalten. Wir haben in unserem Falle gesehen, dass selbst die forensische Beobachtung ebenso wie die anfänglich kurze Beobachtung in Wuhlgarten und in einem an-

deren Krankenhause kein weiteres Material als eben diese Anfälle geliefert hatte. Bei längerem Anstaltsaufenthalt treten aber eine Reihe differentialdiagnostischer Momente hinzu. Zunächst musste auffallen, wenn ja auch dieser Umstand durchaus noch nicht für Epilepsie entscheidend ist, dass die Anfälle regelmässig auch Nachts, ja sogar etwas häufiger als am Tage auftraten. In gleicher Weise musste mit Vorsicht der ewig gleichförmige Typus dieser petit mal-Anfälle verwerthet werden. Bei der Hysterie konnten wir eher einmal einen Wechsel der Erscheinungen erwarten. Bedeutsamer für die Diagnostik musste der anscheinende intellectuelle Rückgang sein, wenn er als Thatsache gesichert war. Wir haben in dieser Hinsicht auf der einen Seite die gerichtliche Bekundung des Lehrers des Patienten, dass er in der Schule normal war, wir haben ferner die Gutachten zweier Irrenanstalts-Direktoren, die bei Sch. im Sommer 1900 gegenüber einer thöricht erschienenen Wechselseitfälschung von geistiger Schwäche nichts bemerken. Anderthalb und zwei Jahre später, nachdem inzwischen die Anfälle sichtlich an Zahl und allem Anschein auch an Schwere zugenommen haben, bietet S. bei uns das Bild ausgesprochener Geistesschwäche.

Wir dürfen da wohl einen gewissen intellectuellen Verfall im Verlaufe des Leidens erschliessen. Entscheidend aber für die Differentialdiagnose war die Beobachtung von 5 schweren epileptischen Krampfanfällen, von denen einer tags, 4 nachts sich ereigneten. Es ist begreiflich, dass jede klinische Betrachtung, die nicht gerade Anfall für Anfall registrirte, bei der grossen Zahl und der häufigen Beobachtungsgelegenheit der leichten, tags wie nachts auftretenden Anfälle, das seltene Auftreten schwerer Krampfanfälle übersehen konnte.

Der Fall entpuppt sich also als reine Epilepsie; nach dem Beginn im jugendlichen Alter und ohne besondere, dem Ausbruch der Anfälle naheliegende Aetiologie als Frühepilepsie zu bezeichnen.

Diese Epilepsie hat begonnen im 15. Lebensjahre mit leichten Anfällen von kurzer Dauer und atypischem Verlauf, in denen das Bewusstsein nur getrübt, gar nicht oder nur für kurze Zeit unterbrochen wird und die äusserlich nur in leichtem Erschlaffen der Körpermuskulatur, eigenartigen coordinirten Bewegungen, Erblassen des Gesichts sich documentiren. Stets ist die Pupillenreaction in diesen Anfällen erhalten. Das Leiden hat sich in der Mitte der zwanziger Jahre merklich verschlimmert, die kleinen Anfälle wurden immer zahlreicher, geistiger Rückgang trat ein und in letzter Zeit auch schwere Krampfanfälle von klassischem Typus mit Aufhebung der Pupillenreaction.

No. 3. Paul B. 1151. Schulknabe, geb. 13. März 1886. In Beobachtung seit 14. Mai 1900.

Epilepsie; typische Anfälle, daneben abortive Anfälle mit erhaltener Pupillenreaction und vermehrter Thränensecretion; gelegentlich nach Anfällen Flexibilitas cerea; keine Hysterie.

Heredität: Vater Trinker, hat die Familie verlassen. Mutter † an Schwindsucht.

Patient wurde theils im Waisenhouse, theils von fremden Leuten, denen er in Pflege gegeben war, erzogen; Schulbesuch regelmässig, gut gelernt. Keine wesentlichen körperlichen Erkrankungen.

Krämpfe zum ersten Male im 2. Lebensjahre, dann ca. 5 Jahre lang anfallsfrei. Seitdem in wechselnden Zwischenräumen Anfälle, die in den letzten Jahren fast täglich ein- oder mehrmals auftraten. Deshalb im Mai 1900 in unsere Anstalt.

Geistig zeigte sich hier eine beträchtliche Schwerfälligkeit und Langsamkeit des Urtheils und Auffassungsvermögens, sowie eine deutliche Einengung der Interessen. Sein Gedächtniss war im Wesentlichen ungestört; seine früher erworbenen Kenntnisse entsprachen dem Durchschnitt, auch hier in der Anstaltsschule, in der er die erste Classe besuchte, kam er gut mit. Namentlich im ersten Jahre zeigte er sich als ein sehr reizbarer, heftiger Bursche, der bei dem geringsten Anlass aufbrauste, sich schwer in die Schulordnung fügte und gelegentlich auch recht roh auf seine Mitschüler einschlug. Im letzten Jahre war er weit folgsamer, in Stimmung und äusserer Haltung gleichmässig, ruhig; seine Lehrer bezeichneten sein Betragen als ein recht gutes.

Seine Anfälle, die durch Bromkali nicht erkennbar beeinflusst wurden, verliefen in verschiedener Weise; folgende Typen liessen sich unterscheiden:

a) Schwere typische epileptische Krampfanfälle mit Pupillenstarre und gelegentlichem Einnässen.

b) Der Kranke lag gegen Morgen anscheinend noch fest schlafend ruhig im Bett; rief plötzlich nach dem Pfleger, schrie gleichzeitig laut auf, wälzte sich im Bett hin und her, sprang auf, wollte aus dem Bett heraus, sprach wirres, kaum verständliches Zeug vor sich hin, die Gesichtsfarbe war unverändert, die Augenlider waren geöffnet, die Bulbi etwas nach rechts gedreht. Auf Anrufen, Kneifen der Haut etc. reagierte der Kranke nicht. Nach ca. 3 Minuten legte er sich ins Bett zurück, zupfte am Bettzeug umher, fing an das Hemd auszuziehen, gab auf Fragen verworrene Antworten, schlief dann ein und erwachte erst nach ungefähr 1 Stunde wieder. Ist dann klar, hat Kopfschmerzen, weiss von dem Anfall nichts, meint nur, dass ihm heiss und schwindlig geworden sei. (Derartige Anfälle sind nur einige Male und nur vom Pfleger beobachtet.)

c) Patient unterbrach ganz plötzlich seine Thätigkeit, das Gesicht wurde dunkelroth, der Kopf nach links gedreht; reichlicher Speichel- und Thränenfluss stellte sich ein, hin und wieder traten dann auch noch einzelne tonische Muskelzuckungen im Gesicht oder Kaubewegungen ein. Der Anfall dauerte höchstens $1/2$ Minute; während desselben reagirten beide Pupillen auf Lichteinfall, die linke meist weniger ausgiebig als die rechte. Bei den meisten Anfällen, und deren wurden sehr viele, fast täglich und bis 10 in 24 Stunden

beobachtet, fiel Patient nicht zu Boden; nie trat dabei Einnässen oder Zungenbiss auf. Die Erinnerung an die Anfälle fehlte stets.

d) Patient sass bei der ärztlichen Visite am Boden auf der Krampfmatratze, gab klare und verständige Auskunft; gleich darauf, als der Arzt mit einem anderen Knaben sprach, fiel er plötzlich ohne Schrei um, blieb ruhig auf der Matratze liegen; in beiden Augenlidern traten für kurze Zeit leichte klonische Zuckungen bzw. leichtes Zittern auf, am ganzen übrigen Körper wurden nicht die geringsten motorischen Reizerscheinungen wahrgenommen; ein Erblassen wurde nicht bemerkt, die Atmung war ruhig, nicht vertieft oder beschleunigt. Die Pupillen waren mittelweit, verengten sich prompt auf Lichteinfall; auf tiefe Nadelstiche erfolgte keine Abwehrbewegung oder irgend eine Schmerzensäusserung, auf Fragen keine Antwort. An beiden Armen deutliche Flexibilitas cerea, die an den unteren Extremitäten sich nicht sicher nachweisen liess. Dieser Zustand dauerte ca. 5 Minuten; dann richtet sich der Kranke auf, giebt sofort sachgemässen Antwort auf Fragen, will nur wissen, dass ihm schwindelig geworden sei; was weiter geschehen sei, wisse er nicht; bleibt auch auf Suggestivfragen dabei, dass er von den Nadelstichen nichts bemerkt habe. Von diesen Anfällen wurden im Ganzen 4 und zwar innerhalb eines Zeitraumes von 8 Tagen beobachtet; irgend welche sonstigen Abweichungen in dem gewöhnlichen Verhalten des Knaben wurden in dieser Zeit nicht constatirt.

Aus dem körperlichen Status ist noch zu erwähnen, dass der Schädel des Kranken auffallend plump und gross ist (grösster Horizontalumfang 56 cm, grösster Querdurchmesser $16\frac{1}{4}$ cm, grösster Längsdurchmesser $18\frac{3}{4}$ cm). Der harte Gaumen ist schmal und steil. Die Schilddrüse ist leicht vergrössert. An der Zunge keine sicheren Bissnarben. Leichter unregelmässiger Nystagmus horizontalis, Pupillen mittelweit, reagiren prompt auf Licht und Convergenz, Gesichtsfeld nicht eingeschränkt, Augenhintergrund normal. Im Gebiet der Lippen- und Wangenmusculatur werden beiderseits öfters leichte klonische Zuckungen bemerkt; im Uebrigen ist die Facialissinnervation ungestört, ebenso die übrige Motilität und die Sensibilität. Die Patellarreflexe sind beiderseits gleich deutlich vorhanden, Fussklonus fehlt.

Epikrise: Ohne die unter d geschilderten Anfälle würde wohl Niemand Bedenken tragen, den Knaben als genuinen Epileptiker zu bezeichnen; die unter a erwähnten Anfälle sind sicher epileptische Krämpfe, die unter b beschriebenen Zufälle werden wir entweder als postepileptische Verwirrtheitszustände auffassen müssen, die sich an kurze epileptische Schwindelanfälle anschlossen, oder als selbständige psychische Aequivalente. Da wir uns nur auf die Angaben des Pflegers verlassen müssen, wird ein sicherer Entscheid nicht möglich sein. Die nach dem Typus c verlaufenden Anfälle entsprechen den sonst als petit mal oder als abortive Anfälle bezeichneten Zuständen. Bemerkenswerth, wenn auch keineswegs neu, ist die erhaltene Pupillenreaction während des Anfalls und die fast regelmässig beobachtete Steigerung der Thränen-

secretion. Biswanger erwähnt die letztere unter den Erscheinungen der vasomotorischen Aura, Gowers hat sie bei abortiven Anfällen beobachtet. Bei den nahen Beziehungen, die voraussichtlich pathogenetisch zwischen Aura und abortivem Anfall bestehen, erübrigts es sich wohl, genauer zu erörtern, ob wir sie in unserem Falle noch der Aura oder schon dem abortiven Anfall zuzählen sollen; da wir aber nach unseren Beobachtungen eine derartige Hypersecretion der Thränen immerhin als eine seltene Erscheinung bezeichnen müssen, wollten wir sie nicht unerwähnt lassen. Auch in der Anamnese und im körperlichen Befunde finden wir nichts, was uns zwänge, ausser der Epilepsie noch eine anderweitige Erkrankung anzunehmen. Dass die Anfälle durch Bromkali nicht wesentlich beeinflusst werden, kann sicher nicht entscheidend gegen ihre epileptische Natur ins Feld geführt werden, ebensowenig darf dem Umstand ein zu grosses Gewicht beigelegt werden, dass im 16. Jahre sich noch keine gröberen Intelligenzstörungen nachweisen lassen; dass schon jetzt eine gewisse Stumpfheit, Reizbarkeit und egocentrische Einengung der Interessen besteht, erscheint uns weit bedeutungsvoller. Betonen müssen wir, dass sich nie bei dem Knaben auch nur eine Andeutung des sog. hysterischen Charakters gezeigt hat. Bleiben nun noch die unter d beschriebenen Anfälle, deren Verlauf in der That ganz besondere Eigenarten zeigt, insbesondere die Flexibilitas cerea der oberen Extremitäten. Gerade weil wir sonst nicht die geringsten sicheren Zeichen von Hysterie bei dem Kranken gefunden haben, können wir uns nicht entschliessen, die Flexibilitas cerea als ein hysterisches Symptom zu bezeichnen, und hiervon weiter schliessend, den ganzen Anfall hysterisch zu nennen und damit bei B. zur Diagnose Epilepsie und Hysterie zu kommen. Eine in diesem Sinne monosymptomatische Hysterie würden wir nur diagnosticiren, wenn jede Möglichkeit ausgeschlossen wäre, die beobachteten Erscheinungen dem aus anderen Gründen sicher constatirten epileptischen Leiden zu subsummiren. Das ist aber hier nicht der Fall. Die wächserne Biegsamkeit ist keineswegs pathognomonisch für Hysterie, sondern kommt auch bei zahlreichen anderen Leiden vor und ist insbesondere bei Epileptikern schon von Kräpelin und Strümpell beobachtet worden. So wenig wir im Einzelnen über ihr Zustandekommen wissen, jedenfalls müssen wir bei ihr eine vorübergehende Ausschaltung des Willens annehmen; dass die Willenstätigkeit auch im soporösen Nachstadium eines epileptischen Anfalls schwer gestört ist, ist unzweifelhaft. Es erscheint uns daher die Annahme keineswegs gezwungen, dass es sich bei den in Frage stehenden Anfällen um kurz dauernde abortive epileptische Anfälle gehandelt hat, bei denen die Hemmungsentladungen in den

Vordergrund traten und denen ein relativ langdauerndes Stadium schwerer Erschöpfung folgte. Wir sehen uns demnach nicht veranlasst, bei B. die Diagnose Epilepsie und Hysterie zu stellen, sondern meinen, dass eine genaue Analyse, die freilich nur durch eine lange fortgesetzte, dauernde Beobachtung des Kranken ermöglicht wurde, die Diagnose „echte Epilepsie“ sichert.

No. 4. Gustav K. (846), Schulknabe, geb. 1888. In Beobachtung seit 2. October 1895.

Epilepsie; ausserordentlich zahlreiche petit mal-Anfälle, in denen sehr häufig das Bewusstsein erhalten blieb und Lichtstarre der Pupillen nie sicher constatirt werden konnte.

Heredität: Unehelich geboren; Vater epileptisch und Trinker, Mutter Trinkerin.

Seit dem 4. Lebensjahr leidet K. an Anfällen, die als „Schwindelanfälle“, „Augenkrämpfe“, „Zustände von Bewusstlosigkeit ohne eigentliche Krämpfe“ bezeichnet werden.

Hier in Wuhlgarten wurden die ersten typischen epileptischen Krampfanfälle im März 1896 beobachtet, die seitdem in unregelmässigen Zwischenräumen und wechselnder Häufigkeit (monatlich ca. 7—50) wiederkehrten. Weit häufiger waren aber andersartige Anfälle, die trotz einzelner Modificationen im Wesentlichen nach ein und demselben Typus verliefen und als deren Muster folgende Schilderungen dienen können:

6. October 1895: K. ist auf dem Wege zum Nachtstuhl; plötzlich bleibt er stehen, beugt den Rumpf nach hinten, schlägt mit den horizontal erhobenen und nach vorn gestreckten Armen in die Luft und setzt dann nach ca. 1 Secunde ruhig seinen Weg zum Nachtstuhl fort.

7. October: Pat., der auf dem Stuhl sitzt, beginnt plötzlich mit beiden Beinen, weniger ausgiebig mit beiden Armen und dem Kopf, in gleichmässigem Rythmus zu zucken. Die Zuckungen dauern ca. 3 Secunden an, sofort danach ist Patient ganz munter, antwortet prompt, weiss, dass er einen Anfall gehabt hat.

6. November: Steht am Tisch und löffelt Erbsen; taumelt plötzlich einen Schritt zurück, bespritzt seinen Anzug mit dem Inhalt des Löffels, zuckt noch einige Augenblicke am ganzen Körper, bleibt aber dabei allein ohne Unterstützung stehen und setzt dann seine Mahlzeit ruhig fort.

Derartige Anfälle traten ausserordentlich häufig auf, es wurden z. B. im Jahre 1899 deren 4967 und 1900 2616 gezählt (also monatlich ca. 414 bzw. 218), zu beachten ist aber, dass diese Zahlen höchstens annähernd richtig sind; es ist als sicher anzunehmen, dass in Wirklichkeit noch weit mehr Anfälle aufgetreten als gezählt sind. Gelegentlich aber nicht immer wurde bei diesen Anfällen ein Erblassen des Gesichts bemerkt, und wiederholt konnte auch constatirt werden, dass mindestens bei einer grossen Zahl das Bewusstsein auch während der motorischen Reizerscheinungen erhalten war. Bezüglich der Reaction der Pupillen kann nur soviel gesagt werden, dass eine Licht-

starre nie einwandsfrei sicher gestellt werden konnte; dass sie trotzdem wenigstens momentan vorhanden gewesen und dem Untersucher entgangen sein kann, ist möglich, weil der schnelle Ablauf des Anfalls und die Unruhe des Kranken während desselben die Untersuchung recht erschweren.

Da trotz der ungewöhnlichen Häufung dieser Anfälle das körperliche Befinden stets ein gutes war, der Knabe auch in der Schule recht gut vorwärts kam und Bromkali ohne Erfolg war, konnte zeitweise die Möglichkeit erwogen werden, ob es sich hier nicht um hysterische Erscheinungen handelte. Wir können jetzt diese Möglichkeit mit Sicherheit zurückweisen und die Anfälle als abortive epileptische bezeichnen, denn in der letzten Zeit ist ein sehr deutlicher intellectueller Stillstand eingetreten, die epileptischen Charakterveränderungen sind immer deutlicher geworden, hingegen fehlten stets und fehlen auch jetzt vollständig alle psychischen und somatischen hysterischen Stigmata. Die Dauer der Beobachtung hat also auch hier die Diagnose Epilepsie gesichert; von Hystero-Epilepsie kann keine Rede sein.

No. 5. Adolf R. (508), Schriftsetzer, geb. 1862, in Beobachtung seit 1896.

Epilepsie; Anfälle, die den Eindruck des Gemachten hervorrufen, Bewusstsein während eines Theils des petit mal-Anfalls erhalten, Aufhebung der Pupillenlichtreaction.

Mutter „Kopfschläge“, sehr nervös; ein Bruder „nervenschwach“, hatte auch Krämpfe. Pat. hat Krämpfe angeblich seit Scharlach im 3. Lebensjahr. Er giebt an, schwere und leichte Anfälle zu haben. Bei den leichten werde er bleich, habe eigenthümliches Druckgefühl in der Brust, besonders in der Magengegend, mache ständig Schluckbewegungen. Er könne sich gewöhnlich auf den Füßen halten. Er verliere — so behauptet er im Laufe der Jahre immer wieder — bei diesen leichten Anfällen nicht das Bewusstsein.

Die objective Beobachtung ergibt: Auf psychischem Gebiete Demenz, insbesondere hochgradige Gedächtnisschwäche, Uebererregbarkeit.

Somatisch: ohne Besonderheiten. Keine Sensibilitätsstörungen oder sonstige hysterische Stigmata.

Anfälle: grand mal von klassischem Typus 2—3 mal im Monat, viel häufiger petit mal von dem Verlauf folgender Beispiele:

28. November 1900: Gelegentlich einer heute vorgenommenen Exploration äussert Pat. wie er gerade über die Art seiner Krampfanfälle berichtet: „Sehen Sie, jetzt geht es schon wieder los“; macht dann mehrmals hintereinander Schluckbewegungen und streicht sich gleichzeitig mit der Hand die Magengegend. Auf Anreden reagirt er nicht mehr; die Gesichtsfarbe ist etwas lebhafter als vorher geröthet. Beide Pupillen weit, ohne Reaction auf Lichteinfall. Bei der Prüfung dieser Pupillenreaction macht Pat. Abwehrbewegungen, sucht den Kopf wegzuwenden. Nachdem so etwa 2 Minuten vergangen, wendet Pat., in aufrechter Haltung auf dem Stuhl sitzend, den Kopf nach rechts und ballt gleichzeitig die Hände zu Fäusten; nachdem er so etwa

1 Minute verharrt, beginnt er an seinem Rock zu nesteln und zu zupfen. Aufgefordert vom Stuhl aufzustehen, erhebt er sich mit Unterstützung durch einen Pfleger langsam und lässt sich so durch das Arztzimmer hindurch nach dem an der Wand stehenden Bett leiten; lacht 2 mal hierbei leicht vor sich hin und legt sich dann ins Bett. Trotz der bestehenden Pupillenstarre machte alles den Eindruck des willkürlich Gemachten.

20. November 1902: Ein leichter petit mal-Anfall. Pat. sass im Bett und las, liess das in seiner Hand befindliche Buch fallen. Gesichtsfarbe bleich; Augäpfel starr nach vorn gerichtet; leichte Zuckungen der Gesichtsmuskeln. Beim Berühren mit dem Finger an der Wange im Anfang des Anfalls macht Pat. Abwehrbewegungen. Jedoch auf der Höhe des Anfalls tritt für einige Secunden gänzliche Bewusstlosigkeit ein. Auch reagiren die Pupillen nicht auf Lichteinfall. Patient weiss am Schlusse, dass ein Anfall gewesen. Auch weiss er, dass er an der Wange berührt worden ist. Er behauptet, während des ganzen Auffalls bei Bewusstsein gewesen zu sein. Von der kurzen offenbar eingetretenen Bewusstseinspause weiss er nichts. Dauer des Anfalls 1 Minute.

Epikrise: Bei weniger vollständiger Beobachtung, z. B. wenn die Prüfung der Lichtreaction nicht gelungen wäre, hätte ein Anfall, der mit Abwehrbewegungen bei Annäherung der Lichtquelle einhergeht, um so eher den Verdacht der Hysterie hervorrufen können, als die bestimmte Behauptung des Patienten immer wiederkehrt, dass er bei leichten Anfällen das Bewusstsein nicht verliere. Die genauere Beobachtung weist den regelmässigen Eintritt einer sehr kurzen Bewusstseinspause nach, wenn auch für einen Theil des petit mal-Anfalls das Bewusstsein erhalten ist, ferner die kaum zu erwartende Pupillenstarre während der Abwehr- und anderen Bewegungen. So kann in diesem Fall auch der eigenartige, besonderer Beurtheilung unterliegende Anfallstypus als epileptisch festgestellt werden, zumal irgend welche andere Symptome von Hysterie, insbesondere interparoxysmelle nie beobachtet sind. Im Uebrigen unterliegt die Epilepsie nach den grand mal Anfällen, der Demenz u. s. w. keinem Zweifel.

No. 6. Karl H. (754), Maler, geb. 1881, in Beobachtung seit 1899.

Traumatische Neurose. Hysterische Krampfanfälle. Verblödung.

Keine Belastung.

Pat. früher gesund, stürzte April 1899 2 m vom Gerüst auf den Hinterkopf, wurde bewusstlos mit Pupillenstarre ins Krankenhaus eingeliefert.

Seitdem häufige Krampfanfälle stets von hysterischem Typus mit schlängelnden Bewegungen der Beine, Steifigkeit der Arme und erhaltener Pupillenreaction, tiefer Bewusstseinstrübung.

Anfälle werden in der Anstalt seltener, auch die Reizbarkeit mindert sich. Intellectueller Rückgang. Somatisch: anästhetische Zonen.

Epikrise: Wir erwähnen diesen Fall traumatischer Neurose (Hysterie) nur, weil wir hervorheben möchten, dass bei traumatischer Entstehung des Krampfleidens auch die Thatsache der Verblödung differentialdiagnostisch nicht für Epilepsie gegen Hysterie beweisend ist. An das Gehirntrauma kann sich eben der intellectuelle Niedergang selbstständig anschliessen, unabhängig von der Art der durch das Trauma ferner noch hervorgerufenen Convulsionen. —

In den mitgetheilten Fällen erwies also die längere Beobachtung, dass es sich nicht um irgend eine Zwischen- oder Mischform, sondern um eine einfache Neurose, Epilepsie oder Hysterie handelte. Das gleiche Ergebniss erhielten wir, wie schon oben erwähnt, noch häufiger, immerhin trafen wir auch auf eine recht beträchtliche Zahl von Kranken (— ca. 70 —), bei denen eine Zurückführung der Symptome auf ein einfaches, uncomplicirtes Krankheitsbild nicht möglich schien, bei denen vielmehr bei demselben Individuum neben Krankheitssymptomen, welche wir der Epilepsie zuweisen mussten, solche sich fanden, die auf eine gleichzeitig bestehende Hysterie hindeuteten. Wenn wir es ablehnen, diese Fälle als Hystero-Epilepsie im Sinne Binswanger's aufzufassen, so geschieht es deshalb, weil auf keinen dieser Fälle die von Binswanger gegebene Definition völlig zutreffen wollte. Zunächst bestanden die epileptischen und hysterischen Krankheitsscheinungen nicht „vom Beginn des Leidens an“, vielmehr konnte bei genügender Anamnese stets ein mehr oder minder langes zeitliches Intervall zwischen dem ersten Auftreten der epileptischen und dem der hysterischen Symptome nachgewiesen werden; ferner beherrschten diese epileptischen und hysterischen Krankheitsscheinungen keineswegs „neben und durch einander sowohl die paroxysmellen als auch die interparoxysmellen Zustände“. Soweit die Paroxysmen in Frage kommen, gelang es uns in jedem genügend lange beobachteten Falle festzustellen, dass zeitlich von einander getrennt Anfälle vorhanden waren, die unzweifelhaft epileptisch und andere, die unzweifelhaft hysterisch waren; dass wir daneben — aber, wie schon hier bemerkt sei, recht selten — auf Anfälle stiessen, deren Classificirung zweifelhaft sein konnte, darf nach unseren obigen Ausführungen bezüglich der Differentialdiagnose der Anfälle nicht Wunder nehmen, selbst wenn die uns zugängliche Beschreibung der Anfälle stets genügend ausführlich und vollkommen gewesen wäre. Für die uns zunächst beschäftigende Frage war der sichere Nachweis zeitlich getrennter epileptischer und hysterischer Anfälle genügend. Schwieriger und nicht immer ausführbar war die Trennung von epileptischen und hysterischen Krankheitssymptomen in den interparoxysmellen Zuständen. Manche somatischen Stigmata in den anfallsfreien Zeiten sind

an und für sich keineswegs beweisend für Hysterie, auch sie haben nur die Bedeutung von Majoritätssymptomen; bestehen aber daneben hysterische Anfälle oder andere Zeichen von Hysterie, so erscheint es nach unseren heutigen Kenntnissen gezwungen, sie der Epilepsie zuzuweisen oder zu meinen, dass man überhaupt auf ihre Classificirung verzichten müsse. Zuzugeben ist dagegen, dass eine Scheidung der psychischen interparoxysmellen Krankheitserscheinungen oft recht schwierig ist. Es scheint uns aber, als ob die strenge Durchführung einer derartigen scharfen Trennung, wie sie Binswanger fordert, schon aus theoretischen Erwägungen heraus schwer möglich und daher auch nicht geeignet ist, von Ausschlag gebender Bedeutung für die Frage zu sein, ob es sich um eine Misch- beziehungsweise Zwischenform oder um irgend eine andere Combination beider Neurosen unter Erhaltung ihrer vollen Selbstständigkeit handelt. Wir möchten daran erinnern, dass vielfach Symptome wie gemüthliche Reizbarkeit, Eigenwilligkeit, Verkümmern der altruistischen Gefühlsregungen und andere beiden Neurosen gemeinsam sind, und dass ferner die in unseren Fällen von Epilepsie und Hysterie kaum jemals fehlende epileptische Beschränktheit und die bis zur Verblödung fortschreitende Verarmung an Vorstellungen mit Nothwendigkeit dem hysterischen Krankheitsantheile manche charakteristischen Züge nehmen muss. Bei beiden Neurosen erleidet eben das gesammte Seelenleben, das wir unter den Begriff der Persönlichkeit zusammenfassen können, eine dauernde Veränderung, die sich nach aussen zum Theil in den gleichen Symptomen projicirt, und die — gleichgültig, wie wir uns die Einzelheiten theoretisch vorstellen — bedingt ist, durch eine chronische Erkrankung des gleichen Körperorgans. Zu verlangen oder zu erwarten, dass dieses selbe Organ einmal nur entsprechend seiner chronischen epileptischen Veränderungen, ein andermal nur entsprechend seiner chronischen hysterischen Veränderung reagirt, ist doch selbst in thesi unstatthaft. Eine Trennung der psychischen interparoxysmellen Krankheitssymptome in rein epileptische und rein hysterische wird daher häufig etwas Gezwungenes haben, immerhin waren wir erstaunt, wie oft es uns doch gelang, bei dem betreffenden Kranken auch im psychischen Bilde Symptome zu finden, die jedenfalls bei den einfachen Epileptikern nicht oder doch nur sehr selten zur Beobachtung kommen. Wenn wir in den Belägen, die wir weiter unten für diese Behauptung geben werden, hier und da auf den sogenannten hysterischen Charakter hinweisen, so wollen wir zu der Frage, ob ein derartiger Charakter nicht einfach der psychische Ausdruck der Entartung und kein pathognomonisches Zeichen für Hysterie ist, keine principielle Stellung nehmen. Wir halten uns nur für berechtigt, der-

artige psychische Veränderungen, wenn sie sich neben hysterischen Anfällen oder sonstigen hysterischen Symptomen nachweisen lassen, ebenfalls als Beweis für eine bestehende Hysterie mit heranziehen zu dürfen.

Die Thatsache, dass Epilepsie und Hysterie gemeinschaftlich nebeneinander bei demselben Individuum vorkommen, wird fast allgemein anerkannt, und an casuistischen Mittheilungen, von denen hier an die aus den letzten Jahren stammenden von Pfister, Mörchen, Clark, Crookhank, Westphal, Köppen, Mutterer erinnert sei, fehlt es nicht. Suchen wir uns aber näher in der Literatur über dies Nebeneinandervorkommen beider Neurosen zu orientiren, so stossen wir sehr bald auf mannigfache Widersprüche. So rechnet Ziehen Fälle, „in welchen typische epileptische Anfälle neben typisch hysterischen vorkommen“, und bei denen „die somatischen Symptome gewöhnlich diejenigen der Hysterie sind“, während „im psychischen Zustande sich meist allmälig auch der secundäre Schwachsinn und die Zornmuthigkeit des Epileptikers geltend“ macht, zu der „Uebergangsform zwischen Hysterie und Epilepsie“, für welche er den Namen Hysteroepilepsie für berechtigt hält. Wir selbst halten nach der angeführten Definition und einer zu ihrer Illustration mitgetheilten Skizze eines von Ziehen beobachteten Krankheitsfalles seine „Uebergangsform“ für identisch mit dem uns hier beschäftigenden Krankheitsbilde, in dem Epilepsie und Hysterie getrennt, aber gemeinsam und nebeneinander bei dem gleichen Individuum vorkommt, für welches wir freilich die Bezeichnung „Uebergangsform“ als wenig bezeichnend ablehnen. Für häufig scheint Ziehen dies Krankheitsbild nicht zu halten, wenigstens spricht er nur von dem Vorkommen „einzelner Fälle“, in denen dieser Name (Hysteroepilepsie) in der That passt. Weygandt meint, „vereinzelt mag freilich eine Combination der Hysterie mit Epilepsie vorkommen“. Möbius spricht davon, dass es zwar vorkommen kann, dass ein Hysterischer auch an Epilepsie leidet, aber dies Zusammentreffen ist doch eine Ausnahme. Bei Sommer heisst es: „Wer die vielen Fälle von organischen Erkrankungen kennt, deren Bild durch hinzutretende Hysterie fast verdeckt wird, . . . wird sich garnicht wundern, dass in verhältnissmässig seltenen Fällen zu der genuinen Epilepsie, . . Hysterie hinzutritt. Hingegen hält Löwenfeld es für eine Thatsache, „dass sich Hysterie und Epilepsie nebeneinander bei demselben Individuum keineswegs selten finde“.

Féré spricht in einer Arbeit aus dem Jahre 1882 von einer Transformation epileptischer Anfälle in hysterische und von einer Substitution epileptischer Anfälle durch hysterische oder, wie er sie mit Charcot

nennt, hysteroepileptische. In seiner monographischen Bearbeitung der Epilepsie steht er der Annahme von der Existenz einer Hysteroepilepsie mit gesonderten Anfällen, bei der beide Neurosen, Hysterie und Epilepsie, nebeneinander hergehen, ohne sich gegenseitig zu beeinflussen, äusserst skeptisch gegenüber und meint, dass die Dualität in der Hysteroepilepsie mit getrennten Krisen nicht leicht nachzuweisen sei. „Es würde schwer sein zu beweisen, dass die sogen. rein epileptischen Anfälle bei dieser Hysteroepilepsie nicht bloss unvollständige hysteroepileptische Anfälle sind, deren Vorkommen sicher ist und sich in manchen noch näher zu besprechenden Fällen von hysteroepileptischem état de mal deutlich bemerkbar macht. Bei manchem dieser Hysteriker schwinden die Anfälle mit zunehmendem Alter. Bleiben die sogen. epileptischen Anfälle allein übrig, so haben sie fast nie geistigen Verfall im Gefolge.“ —

Sehen wir uns weiter bei den Autoren um, welche den Dualismus anerkennen und suchen zu erfahren, welche Erkrankung die primäre zu sein pflegt, so finden wir auch hier keine völlige Uebereinstimmung. Nach Charcot ist es das Gewöhnliche, dass die Epilepsie die primäre Krankheit ist, auf ihr entwickelt sich zu irgend einer Zeit die Hysterie und zwar in der grossen Mehrzahl der Fälle zur Zeit der Pubertätsentwicklung unter dem Einfluss von gewissen ursächlichen Momenten und zwar insbesondere von Gemüthsbewegungen . . „Andere Male ist die Hysterie das primäre, die Epilepsie die secundäre Krankheit; dieses Verhältniss scheint weit seltener vorzukommen.“ Charcot citirt als Belag hierfür einen Fall von Briquet; über eigene einwandsfreie Fälle scheint er nicht zu verfügen. Aehnlich äussert sich Löwenfeld und Sommer; letzterer hält das Hinzutreten einer typischen Epilepsie zu einer langbestehenden Hysterie für eine ebensolche rein zufällige Coincidenz, als wenn ein Mensch mit einer chronischen Nierenkrankheit einen Beinbruch erleidet; es sind ihm aber weder in der Literatur noch in seiner eigenen Praxis derartige einwandsfreie Fälle bekannt geworden. Raecke hält das Hinzutreten der Epilepsie zur Hysterie wohl für möglich aber nicht für häufig; in der Regel bilde die epileptische Neurose mit ihren Schädlichkeiten den Boden, auf welchem sich die hysterischen Züge erst entwickeln, ebenso wie dieselben bei Paralyse, Hirntumoren, multipler Sklerose etc. sich einstellen können. Eine etwas abweichende Stellung nimmt Jolly ein. In seiner jüngeren Veröffentlichung spricht er von Fällen, in welchen zweifellos Mischformen beider Arten von Anfällen vorliegen, und zwar kann dies entweder in der Weise geschehen, dass bei Hysterischen an Stelle der Anfangs rein hysterischen Anfälle und auch abwechselnd mit diesen später echte epileptische An-

fälle auftreten, oder so, dass der einzelne Anfall selbst eine Mischung beider Zustände darstellt.

Indem er weiter darlegt, wodurch diese Mischformen ihre Zugehörigkeit zu der Hysterie als eigentlichen Grundzustand beweisen, fährt er fort: „Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, dass in manchen Fällen auch eine einfache Combination beider Neurosen stattfindet.“ Aehnlich unterscheidet er in seiner schon aus dem Jahre 1877 stammenden Bearbeitung der Hysterie in v. Ziemsse's Handbuch 1. Fälle, in denen zunächst längere Zeit hindurch habituelle Epilepsie besteht, zu der sich dann die Erscheinungen der Hysterie hinzugesellen, und 2. Fälle, in denen sich bei Hysterischen wirkliche Epilepsie, d. h. die epileptische Veränderung entwickelt, so dass dann die zwei Krankheiten neben einander bestehen und abwechselnd oder combinirt hysterische und epileptische Anfälle eintreten.“ Welche von diesen beiden Möglichkeiten die gewöhnliche oder häufigere ist, erwähnt er nicht, fügt aber hinzu, dass er für beide Variationen casuistische Belege anführen könnte. Auch für Hoche scheinen beide Möglichkeiten gleichartig zu sein; er meint; „Ein Epileptiker hat hysterische Symptome; das ist nichts Merkwürdiges; oder ein vorher hysterisches Individuum wird epileptisch; das ist im Prinzip auch nichts anderes, als wenn ein Neurastheniker oder ein Tabiker unter irgend welchen Einflüssen hysterisch wird.“ Dieser letzte Satz, der doch wohl zur Erläuterung des Epileptischwerdens eines vorher hysterischen Individuums dienen soll, ist uns in seiner Bedeutung nicht ganz klar geworden; wir glauben aber aus dem von Hoche gewählten Beispiel, Neurasthenie bezw. Tabes und später Hysterie in negativer Richtung herauslesen zu müssen, dass er das spätere Auftreten einer Epilepsie bei einem vorher Hysterischen nicht für ein relativ seltenes und zufälliges Zusammentreffen hält.

In der Besprechung der verschiedenen Möglichkeiten des Verhältnisses der Epilepsie zur Hysterie in einem gegebenen Individuum geht Hoche nach einer kurzen Erwähnung des Vorkommens hysterischer Anfälle, die den Anschein epileptischer tragen, ohne doch den inneren Voraussetzungen des einzelnen Anfallen nach damit identisch zu sein, ausführlich auf eine schon von Jolly besprochene Möglichkeit ein, dass die Hysterie unter Umständen im Stande ist, den dem echten epileptischen Anfall zu Grund liegenden centralen Vorgang auszulösen, ebenso wie dieser, ohne dass es sich um genuine Epilepsie handelt, auch durch andere Umstände ausgelöst werden kann (z. B. bei Kindern vom Darm aus, Eklampsie der Kinder und Urämischer etc.) Aus dem relativ breiten Raum, den Hoche diesen Ausführungen in seinem Referate widmet, und dem wiederholten Hinweis auf diese Möglichkeit, scheint

hervorzuzeigen, dass er diese für besonders wichtig für die uns beschäftigende Frage hält, und es könnte scheinen, als ob Fälle, wie er sie hier skizzirt, bei denen [also neben den zweifellosen Symptomen der Hysterie Anfälle vorkommen, die sich in nichts von typischen epileptischen Anfällen unterscheiden, während die sonstigen Symptome der Epilepsie, insbesondere auch die fortschreitende Verblödung fehlen, öfter beobachtet würden. Diese Fälle würden dann mehr oder minder identisch sein mit denjenigen, wie sie Féré (s. o.) beobachtet hat. Beide Autoren würden dann, wenn auch auf Grund recht verschiedener Ueberlegung, in der klinischen Classificirung dieser Fälle zu der gleichen Auffassung, dass es sich um reine Hysterie handelt, kommen, aber mit dem beträchtlichen Unterschiede, dass Féré hier die Gesamtheit oder doch die weitaus grösste Zahl der von anderen Autoren als ein Nebeneinander von Epilepsie und Hysterie aufgefassten Fälle unterbringt, während Hoche und Jolly das Nebeneinandervorkommen ausdrücklich anerkennen und nur für einen mehr oder minder kleinen Theil an die zuletzt erörterte Möglichkeit denken.

Diese kurze Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Ansichten der hauptsächlichsten Autoren zeigt, dass die Frage nach den Beziehungen und Combinationen zwischen Hysterie und Epilepsie keineswegs mit der Verwerfung einer Hysteroepilepsie als Zwischenform und Krankheit *sui generis* gelöst ist. Es schien uns daher nicht unwichtig, an unserem Material einmal nachzuprüfen, wie sich die klinischen Thatsachen, die sich bei genügend langer und genauer Beobachtung ergeben, zu den theoretischen Möglichkeiten verhalten. Wir möchten aus der grossen Zahl unserer Beobachtungen zunächst einige uns nach der einen oder anderen Richtung hin besonders interessant erscheinende Fälle mittheilen, indem wir den, soweit unser Thema es zulässt, möglichst gekürzten Krankengeschichten einige epikritische Bemerkungen beifügen.

No. 7. Wilhelmine P. (325), Arbeiterin, geb. 25. September 1871. In Beobachtung mit Unterbrechungen seit 1889; in Wuhlgarten vom 17. Juli bis 12. October 1896.

Epilepsie und Hysterie; Diagnose nur nach jahrelanger Beobachtung sicher, weil zu verschiedenen Zeiten bald nur die epileptischen, bald nur die hysterischen Symptome in dem Vordergrund stehen. Psychisch treten die Erscheinungen der Degeneration besonders hervor.

Heredität: Vater litt in der Jugend an Krämpfen, brutaler Charakter. Mutter schwach begabt.

Von Geburt an schwächlich, Rhachitis, lernte erst mit 4 Jahren laufen

und sprechen, später Masern und Scharlach; Menses traten erst im 21. Lebensjahr ein.

In der Dorfschule gut gelernt.

Krämpfe zum ersten Male im 11. Lebensjahr ohne ihr bekannte Ursache. In den ersten Jahren als Aura aufsteigendes Uebelkeitsgefühl, später keine Aura; plötzlicher Beginn, völlig bewusstlos; mehrfach Zungenbiss und Einnässen; gelegentlich im Anfall Brandwunde am linken Knie und an der Brust. Wegen ihrer Krämpfe wiederholt aus der Schule und später aus dem Dienst fortgeschickt; mehrfach auch auf der Strasse umgefallen und in hilflosem Zustand durch die Polizei ins Krankenhaus geschafft.

Im December 1889 kommt sie auf diese Weise zum ersten Male in ein Krankenhaus; sie hat dort ziemlich häufig Anfälle, die theils als epileptisch, theils als hysterisch bezeichnet werden.

Am 10. Januar 1890 wird notirt: Nach einem Anfall Anästhesie des behaarten Kopfes, des Gesichts und des linken Unterschenkels.

Am 14. Januar. Die Sensibilität ist wieder hergestellt.

Im Februar 1890 entlassen, wird sie im November 1890 wieder aufgenommen.

3. December. Fällt plötzlich um, liegt eine Weile starr da, fängt dann an zu schreien, liegt wieder eine Weile ruhig, ganz oberflächlich athmend. Dann folgen erst leichte Zuckungen, dann eine Phase heftigen Umherwerfens. Nach dem Anfall ist Pat. gleich bei sich. Lichtreaction im Anfall erhalten.

Während eines dritten Aufenthalts in dem gleichen Krankenhouse wird unterm 24. November 1891 folgender Anfall beschrieben:

Starker Opisthotonus, schlug mit den Armen heftig um sich, Hände geballt, Körper steif, röchelnde Inspiration; auf Fragen reagirt sie nicht. — Sie hatte damals ziemlich häufig Anfälle ähnlichen Verlaufs, oft mehrere am Tage und war gelegentlich nachher kurze Zeit verwirrt. Am 16. März 1892 wird sie wieder entlassen.

Im Mai 1893, wo sie sich einmal wieder in Behandlung befand, werden die Anfälle als „typisch epileptisch“ bezeichnet und verlaufen jetzt mit Zungenbiss und Einnässen.

Vom 22. Juni bis 23. Juli wird sie in Dalldorf behandelt. In den ersten Tagen hat sie mehrfach Anfälle, bei denen sie plötzlich umfiel, im Gesicht nur wenig röther wurde und den Rumpf nach vorn über krümmte (Emprosthtonus); die Bulbi flohen nach oben beim Oeffnen des Lids, so dass Lichtreaction nicht festgestellt werden konnte; kein Zungenbiss, kein Einnässen. Später werden die Anfälle als typisch epileptisch bezeichnet. Bei einer körperlichen Untersuchung wird am 28. Juni neben im Uebrigen normalem Befinden constatirt:

Leichte Ptosis links; linke Pupille grösser als die rechte. Lichtreaction prompt; Augenhintergrund normal, Augenbewegungen ungestört; Gesichtsfeld beider Augen concentrisch eingeschränkt, das des linken Auges stärker als rechts. Druck auf beide Bulbi erzeugt geringen Schwindel, die Hörfähigkeit ist links herabgesetzt.

Geschmack, Geruch, Facialisinnervation ungestört.

Die Zunge wird gerade, leicht zitternd, herausgestreckt.

Pharynx- und Kehldeckelreflex ist erloschen.

Die grobe Kraft ist im linken Arm und Bein deutlich geringer als rechts.

Finger- und Zehenbewegungen werden links ungeschickter ausgeführt als rechts.

Die ausgestreckten Finger beider Hände führen unwillkürliche Bewegungen aus, die bei geschlossenen Augen zunehmen und bei geöffneten wieder geringer werden.

Hemianaesthesia sinistra.

Kappengefühl.

Schmerzhafte Druckpunkte am Scheitel, über dem rechten Auge an der Stirn, über der rechten Mamma, über dem Sternum, zwischen beiden Scapulae und über der Lendenwirbelsäule.

Patellarreflex beiderseits gleich, von normaler Stärke.

Am 5. Juli macht sie nach einem „deutlich hysterischen“ Anfall, nach dem sie stets etwas benommen und trübe gestimmt ist, sich zurückgesetzt und verachtet glaubt. einen Strangulationsversuch.

Vom 12. Februar 1895 bis 31. Mai 1896 befindet sie sich wieder in einer Anstalt. Die körperliche Untersuchung ergibt dort im October 1895 im Wesentlichen einen normalen Befund. Die zahlreich auftretenden Anfälle werden als epileptische bezeichnet. Im Anschluss an gehäufte Anfälle traten damals wiederholt schwere maniakalische Erregungszustände auf, in denen sie fast regelmässig äusserte, dass sie das Gefühl habe, als ob Alles ihr fortschwämme. An die maniakalische Erregung schloss sich wiederholt, aber nicht regelmässig ein Stunden bis Tage lang dauernder stuporöser Zustand an. In der anfallsfreien Zeit wird sie als streitsüchtig, eigensinnig, launisch, reizbar, leicht heftig und erregt geschildert; von ihrem eigenen Werthe sei sie sehr eingenommen. Zu Zeiten habe sie eine kindische Freude über Alles, zu anderen Zeiten ärgere sie sich ebenso unmotivirt über Alles, habe wiederholt nach Acerger Selbstmordversuche gemacht; nach gehäuften Anfällen fühle sie sich meist sehr unglücklich und neige zu Schwermuth.

Im Juli 1896 wird sie einmal wieder durch einen Schutzmann in ein Krankenhaus eingeliefert, weil sie auf der Strasse Krämpfe bekommen hatte; bei den Anfällen wird wieder Cyanose und blutiger Schaum beobachtet.

Vom 17. Juli bis 12. October 1896 ist sie in unserer Anstalt in Behandlung.

Die körperliche Untersuchung am 26. August wies mit Sicherheit an Spitze und Rand der Zunge alte Bissnarben nach.

Die linke Pupille ist beträchtlich weiter als die rechte.

Patellarreflex links beträchtlich lebhafter als rechts.

Deutliche Herabsetzung der Berührungs- und Temperaturempfindung sowie des Schmerzgefühls auf der ganzen linken Körperhälfte, scharf in der Mittellinie abschneidend, nur die Nase zeigt in toto normale Sensibilität.

Druckpunkte in der linken Ovarialgegend, unterhalb der linken Mamma und am Scheitel.

Druck auf die Bulbi ruft jetzt keine Beschwerden hervor. Geringer Tremor der gespreizten Finger, dabei treten nur selten einzelne gröbere unwillkürliche Bewegungen auf; bei geschlossenen Augen nimmt der Tremor wesentlich zu.

22. Juli. Hatte am 20. und 21. je 2 Krampfanfälle mit Enurese und Biss in die Wangenschleimhaut; hinterher nicht erregt, schläft aber sehr lange im Anschluss an Anfälle.

14. August. In der Nacht 3 Anfälle. Bisse in die Wangenschleimhaut, kein Einnässen.

Im August und September traten wiederholt im Anschluss an Anfälle schwere Verwirrtheits- und Erregungszustände auf, in denen sie Choräle und Sterbelieder sang und wiederholt Selbstmordversuche machte. Wenn sie ruhig geworden war, bestand für die ganze Zeit der Erregung Amnesie. In der anfallsfreien Zeit ist sie recht wechselnd, bald freundlich, verträglich, arbeitslustig, bald ganz uneinsichtig, unzufrieden, zänkisch und gewaltthätig, droht wiederholt mit Selbstmord und macht auch einmal einen ziemlich theatralischen Selbstmordversuch aus Aerger, weil die Pflegerin ihr nicht sofort auf ihren Wunsch die Waschstube geöffnet habe; ein andermal droht sie lachend „Scheiben zu klopfen“, wenn ihr Brief nicht abgesandt wäre.

Gröbere Gedächtnissdefekte waren nicht vorhanden.

Epikrise: Die Kranke bietet ein lehrreiches Beispiel für die That-sache, dass nur eine genügend lange Beobachtung die Diagnose sicher stellen kann. Während mehr als 7 Jahren, während deren sie in den verschiedenen Anstalten in Behandlung war, schwankte die Diagnose, je nachdem die einen oder anderen Erscheinungen in den Vordergrund traten, zwischen Hysterie, Epilepsie und Epilepsie und Hysterie: die letztere ist die richtige. Die uns zu Gebote stehenden Krankenjournale, die ja keineswegs mit Rücksicht auf die hier interessirende Frage geführt und nicht ganz lückenlos sind, stellen jedenfalls fest, dass die Kranke sowohl epileptische als hysterische Krampfanfälle gehabt hat, dass daneben mindestens zeitweise körperliche Störungen bestanden haben, die wir am häufigsten bei der Hysterie treffen, und die wir am ungezwungensten auch hier wohl als hysterische Symptome auffassen (Befund am 28. Juni 1893 und 26. August 1896). Ob die im Januar 1890 erwähnte passagere Sensibilitätsstörung ebenfalls als hysterische anzusehen ist, können wir bei der Kürze der damaligen Notizen nicht entscheiden; es kann sich damals sehr wohl um eine im Zusammenhang mit einem epileptischen Anfall aufgetretene Störung handeln, wie sie ja wiederholt von Autoren beschrieben ist. Diese — aller Wahrscheinlichkeit nach übrigens nicht einmal in der Sache selbst liegende — Unsicherheit in der diagnostischen Werthung eines Symptoms zwingt natürlich um so weniger zur Annahme einer Mischform Hystero-Epilepsie, als gerade dieser Fall sehr lehrreich die Coexistenz der beiden selbst-

ständigen Neuropsychosen dadurch erweist, dass zu den verschiedenen Zeiten der Beobachtung bald die epileptischen, bald die hysterischen Krankheitszeichen allein in die Erscheinung oder doch wenigstens in den Vordergrund treten. Schwierig oder unmöglich dürfte nur die differentialdiagnostische Analyse der psychischen Erscheinungen sein, zumal anscheinend beide Krankheitsformen auf dem gemeinsamen Boden der erblichen Degeneration verwachsen sind. Wir werden uns beschränken müssen auf den Hinweis, dass die grosse Labilität der Stimmung, die sprunghafte Launenhaftigkeit, das Vordrängen der eigenen Person und die Art, wie sie auf ihr unangenehme Geschehnisse reagirt, dem Gesammtbilde eine eigenartige Färbung verleihen, die wir aber ebensogut auf die Hysterie wie auf die Degeneration an sich schieben können. Eine auslösende Ursache für die Hysterie ist uns nicht bekannt geworden; die ersten im 11. Lebensjahre sich zeigenden Krankheitssymptome müssen wir nach den anamnestischen Angaben als epileptische deuten; später, wann, wissen wir nicht, ist die Hysterie hinzugereten.

No. 8. Johanna G. (622), ohne Beruf, geb. 1873, beobachtet seit 1888.

Angeborene Imbecillität. Eklamtische Anfälle. Seit dem 11. Lebensjahre Epilepsie. Seit Eintritt der Menses (17. Lebensjahr) Addition von Hysterie.

Vater kein Potator, keine Lues. Mutter von Jugend auf „kopfleidend“, „wie betrunken“, leidet an Reissen und Schwindelanfällen. Vater der Mutter starker Potator. 8 Geschwister sind gestorben, 2 leben und sind gesund; alle, auch die jetzt lebenden hatten in den ersten Lebensjahren Krämpfe.

Patientin, die älteste, von vornherein „sehr dummm“, hatte starke, hauptsächlich tonische Krämpfe im 6. bis 9. Lebensmonat, blieb schon in den ersten Lebensjahren geistig zurück, wurde in der 6. Klasse eingesegnet, aber zunächst keine Anfälle, keine Lähmungsscheinungen. Seit dem 11. Lebensjahre wieder Anfälle, zunächst von petit mal, die bald in die Form schwererer Krampfanfälle übergingen.

In der Anstalt seit März 1888, zahlreiche, oft schwere epileptische Krampf- und Schwindelanfälle; somatisch nichts Besonderes. Psychisch: Schwachsinn.

28. August 1889. Periode zum ersten Mal aufgetreten.

11. November. Hat seit einigen Wochen ausser den epileptischen ausgesprochene hysterische Anfälle, in denen sie wild mit Händen und Füssen um sich schlägt, mit dem Kopf auf das Kissen aufbaut, nach ihrer Mutter ruft, gar nicht gehalten werden kann und isolirt wird. Hinterher ist sie wie abwesend, zupft an den Kleidern, erkennt erst den Arzt nicht, sofort jedoch, als sie etwas energisch angeredet wird. Zerschlug am nächsten Tage eine Thür scheibe; als auf ihr Klopfen die Wärterin nicht gleich öffnete. So am 11. November 13 hysterische Anfälle.

9. April 1891. Klagt über allerlei Beschwerden. Liegt viel zu Bett. Objectiv ist nichts nachweisbar. Versucht sich heute mit dem Halstuch zu er-

drosseln, Gesicht ganz blau angelaufen. Giebt an, sie könne nicht laufen. Wird sofort in den Garten geschickt.

30. September. Leidet an habituellen Kopfschmerzen, welche ihr sogar die nächtliche Ruhe rauben. Sie ist sehr unglücklich, weint und jammert viel. Dabei wird sie von Angst und Unruhe ergriffen, geht des Nachts aus dem Bette, verlangt allein gebracht zu werden.

3. Mai 1892. Hysterischer Anfall: Patientin wirft sich im Bett herum, zerwühlt die Kissen, schlägt um sich, Gesichtsfarbe unverändert, Pupillen nicht zu prüfen. Dann steht sie auf, läuft taumelnd im Zimmer herum, Augen halb offen, pflückt und zupft an ihrem Hemd herum, reagirt nicht auf Anreden.

6. Mai. Im Laufe des Tages mehrmals Zustände wie am 3. Mai beschrieben, jedoch ohne voraufgehenden Anfall.

15. April 1894. Jammert Tag und Nacht über Zahnschmerzen. Setzt durch, dass ihr mehrere ganz gesunde Zähne gezogen werden, nachdem jede andere Therapie (Priessnitz, Jod, Cocain etc.) nutzlos geblieben ist. Nach den Operationen wochenlang munter und schmerzfrei.

1895 und 96 häufig in beiden oder der linken Mamma heftige Schmerzen, die nach Elektrisiren jedesmal schwinden.

Nachdem Februar 1896 noch einmal ein gesunder Backenzahn extrahirt ist, werden später auch die Zahnschmerzenattaquen und andere Schmerzen erfolgreich mit dem Inductionsstrom behandelt.

Epikrise: Ein typischer Fall von Neurosenaddition. Seit der Kindheit schwere Epilepsie. Kurz nach dem ersten Eintritt der Menses ein hysterischer Anfall, der sich in der Folgezeit öfter wiederholt. Später auch im psychischen Bilde hysterische Züge, die bei der Imbecillität der Kranken noch mehr auffallen.

No. 9. Clara C. (101), Arbeiterin, geb. 20. Januar 1875. In Beobachtung 1893 und 1894 mit Unterbrechungen.

Epilepsie und Hysterie; die Hysterie zeigt sich zuerst in der Untersuchungshaft wegen Brandstiftung. Leichte und schwere hysterische Anfälle, leichte epileptische Anfälle. Erbliche Degeneration, angeborener Schwachsinn.

Heredität: Vater „schwach im Kopf“. Bruder: gänzlich verkommen, stahl schon als Kind.

Die Kranke ist zu früh — im 8. Monat — geboren. Stets schwächlich, in der Schule sehr schlecht gelernt, namentlich Rechnen, vergass alles sehr leicht, war sehr reizbar und heftig, körperliche Entwicklung blieb stets zurück, mit 18 Jahren noch infantiler Habitus, noch nicht menstruiert.

Schon als kleines Kind viel Kopfschmerzen und Schwindelzustände, öfters Anfälle: sass starr da, verdrehte die Augen, verzerrte das Gesicht, wurde blass; nach kurzer Zeit sah sie sich unruhig um, klagte, dass ihr schlecht gewesen sei, wusste nichts von dem, was während des Anfalles in ihrer Umgebung passirt war. Einmal wurde sie besinnungslos und blutüberströmt mit verletztem Handgelenk vor einer zerschlagenen Glasscheibe der Küchentür gefunden.

Im November 1892 wurde sie unter dem nach Lage der Acten wohlbegrundeten Verdacht, in der Wohnung ihrer Dienstherrschaft wiederholt Brandstiftung verübt zu haben, verhaftet. Während der Untersuchungshaft traten mehrfach heftige Erregungszustände auf, so dass sie für die Dauer von sechs Wochen zum Zwecke der Beobachtung ihres Geisteszustandes am 13. Januar 1893 der Charité zugeführt wurde. Dort wurde hochgradiger Urheilsmangel und Gedächtnisschwäche festgestellt; die Stimmung der Kranken war meist, dem Ernst der Situation durchaus nicht entsprechend, heiter und vergnügt, mehrfach wurde auch ein ganz unmotivirter, plötzlicher Stimmungswechsel constatirt; ferner bestanden fast dauernd Schlaflosigkeit und häufig Kopfschmerzen, die Stunden lang anhielten und mit starkem Schwindelgefühl einhergingen. Auch wurden zahlreiche Anfälle beobachtet, die sich unter drei Typen subsummiren lassen:

a) Ohne besondere äussere Ursache wurde die Kranke still und theilnahmslos, klagte über Gefühl von Schwere im Kopf, veränderte plötzlich die Gesichtsfarbe, wurde meist blass, mitunter auch roth; der Gesichtsausdruck bekommt etwas Starres, sie verdreht die Augen und reagirt für die Dauer von ca. $1/2$ Minute nicht auf Anreden und Hautreize; sie fällt nicht um, bleibt ruhig sitzen, klagt dann über Mattigkeit, Abgeschlagenheit und lebhafte Kopfschmerzen, für den Anfall selbst fehlt ihr die Erinnerung: sie weiss nur, dass ihr schlecht geworden ist, dass es ihr vor den Augen flimmerte und es in den Adern am Halse zu hämmern anfing, dass sie das Gefühl hatte, als ob sich ihr die Kehle zuschnürte, und dass sie sich setzen musste, um nicht umzufallen; dann habe sie die Besinnung verloren.

b) Meist im Anschluss an eine psychische Erregung fing sie an, krampfhaft zu weinen: sie sass dabei aufrecht, drehte ihren Körper hin und her, zitterte an allen Gliedern und schluchzte laut; das dauerte mitunter Stunden lang.

c) Ohne besondere äussere Ursache klagt sie über Flimmern vor den Augen, Schwindel und Kopfschmerzen; fällt dann zu Boden, liegt einige Augenblicke mit starren, weit von sich gestreckten, in den Gelenken nicht zu beugenden Extremitäten da. Die Gesichtsfarbe wird dunkelroth; weisser, nicht blutiger Schaum tritt vor den Mund und der gesamte Körper wird durch die heftigsten Convulsionen erschüttert, oder die Kranke wälzt sich ungestüm umher, bohrt den Kopf in die Kissen und bildet mit dem Rumpf einen nach oben convexen Bogen. Die Athmung ist sehr beschleunigt, röchelnd. Das Bewusstsein erscheint erloschen, auf Nadelstiche und andere intensive Hautreize tritt keine Reaction ein; die Pupillen sind während des Anfalles mittelweit, reagiren prompt auf Licht; einmal hat sie den Urin unter sich gelassen, in die Zunge oder Lippen sich aber nie gebissen. Wenn das Stadium der Convulsionen und wilden Bewegungen vorbei war, was mitunter bis 30 Minuten dauerte, kam Patientin meist allmälig zu sich oder lag noch längere Zeit in leicht benommenem Zustande da und schlief auch wohl ein. Einige Male schloss sich an die Convulsionen noch ein Stadium von Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen an. Sie verkannte dann ihre Umgebung, hielt den Arzt

für ihren Vater, duzte ihn oder lief ihm an die Thür nach, ihren Vater rufend und sich mit ihm unterhaltend, als ob sie ihn hinter der geschlossenen Thür hörte; mitunter war sie auch sehr ängstlich dabei und sah schreckhafte Gestalten am Bett oder an den Wänden. Nach diesen Anfällen war sie noch einige Zeit matt und abgeschlagen, im Uebrigen aber unverändert schwachsinnig und heiter. Für den ganzen Anfall bestand Amnesie, nur an die Akoasmen und Visionen, die event. im letzten Anfallsstadium auftraten, hatte sie Erinnerung.

Diese eben beschriebenen Anfälle wurden am häufigsten beobachtet und zwar sowohl am Tage als auch bei Nacht; Brom war ohne Wirkung.

Die Kranke, die auf Grund von § 51 exculpiert war, wurde dann im März und Juni 1893 nochmals wegen Krämpfe der Charité zugeführt, hatte dort u. A. Lachkrämpfe mit nachfolgender Verwirrtheit, äusserte auch in schwachsinniger Weise Selbstmordideen und machte einmal einen Erhängungsversuch.

Im November 1893 machte sie zu Hause einen Versuch, sich mit Tinte zu vergiften, kam wieder zur Charité, dort ganz verwirrt, hielt die Kranken für Wachsfiguren im Panopticum, hörte Stimmen, kam dann nach Dalldorf, von da am 1. Februar 1894 nach Wuhlgarten und wurde von dort am 10. März 1894 auf Verlangen der Mutter zu dieser entlassen. — Das weitere Schicksal ist uns unbekannt. Auch während des Aufenthalts in diesen genannten Anstalten kamen die oben geschilderten Anfälle zur Beobachtung, am häufigsten auch hier die unter c beschriebenen. Auch Lachkrämpfe, bei denen sie sich um ihre Längsachse herum auf dem Boden wälzte, sowie Zustände heftiger Angst und motorischer Erregung wurden beobachtet, mehrfach machte sie läppische Selbstmordversuche, zeigt überhaupt dauernd ein albernes, reizbares, launenhaftes und unstetes Wesen und zerschlug wiederholt aus Aerger über irgend welche Kleinigkeit Fensterscheiben.

Ueber den körperlichen Status ist zu erwähnen, dass derselbe in der Charité normal befunden wurde, während in Dalldorf eine kappenförmige ästhetische Zone und allgemeine Hypästhesie constatirt wurde. Druck auf die Bulbi erzeugte Schwindel.

Epikrise: Ein hereditär belastetes, an angeborener geistiger Schwäche leidendes Mädchen, das die deutlichen Zeichen körperlicher und geistiger Degeneration aufweist, zeigt schon in der Kindheit Anfälle, die der Schilderung nach identisch sind oder grösste Aehnlichkeit haben mit Anfällen, wie sie später wiederholt ärztlich beobachtet und als Typus a oben beschrieben sind; ihr frühzeitiges Auftreten, ihr plötzlicher Eintritt ohne äussere Veranlassung, die Aura, die kurze aber völlige Bewusstlosigkeit, das Erblassen des Gesichts, die postparoxysmalen Symptome von Mattigkeit und Kopfschmerzen charakterisiren sie als abortive epileptische Anfälle (sog. Schwindelanfälle). Später treten andere Anfälle auf, Typus b und c und sogenannte Lachkrämpfe, die wir nicht anders als hysterische bezeichnen können, und zwar müssen

wir b und die Lachkrämpfe als leichtere hysterische Anfälle bezeichnen während Typus c ausserordentlich nahe der Hysteroepilepsie Charcot's oder grande hysterie Richer's und anderer französischer Autoren steht. Dass die Bezeichnung Hysteroepilepsie auf derartige Anfälle angewandt, keineswegs eine Combination der beiden Neurosen bedeutet, sondern nur eine schwere Hysterie, ist schon genügend hervorgehoben. Als hysterische Symptome können wir ferner die in Dalldorf beobachteten Sensibilitätsstörungen auffassen. Für das Auftreten dieser hysterischen Erscheinungen finden wir in unserem Falle als auslösende Veranlassung die Untersuchungshaft. Die eigentliche Ursache werden wir in der erblichen Belastung und Degeneration suchen müssen, die den gemeinsamen Boden für die Epilepsie und Hysterie abgegeben hat, und auf welche auch der beträchtliche Grad geistiger Schwäche zurückzuführen sein wird, die von Kindheit an sich bei der Kranken geltend machte. Diese geistige Schwäche beeinflusst dauernd das gesammte Thun und Lassen der Kranken in der anfallsfreien Zeit; wie weit die Demenz unter dem Einfluss der epileptischen Anfälle im Laufe der Jahre zugenommen hat, können wir nach den uns zugänglichen Notizen nicht sicher feststellen, auch sind wir bei den nahen Beziehungen, die im Allgemeinen und hier im Besonderen zwischen erblicher Degeneration und Hysterie bestehen, nicht in der Lage, die vielfachen anderen oben geschilderten psychischen Abweichungen im Einzelnen als hysterisch oder als einfach degenerativ zu charakterisiren. Zu der Annahme einer besonderen klinischen Erkrankung, die zwischen der Hysterie und Epilepsie stände, werden wir deshalb keineswegs gezwungen, sondern kommen auch hier mit der Annahme einer Addition beider Neurosen aus.

No. 10. Marie D. (666), Arbeiterin, geb. 31. März 1867. In Beobachtung seit 1892.

Epilepsie seit frühestem Kindheit, später Hysterie (somatische, psychische Stigmata, Anfälle); die letztere Erkrankung zeigt sich jetzt nur noch in einzelnen psychischen Symptomen, die dem sonst vorherrschenden Bilde der epileptischen Degeneration eine eigenartige Färbung geben.

Heredität: Unehelich geboren, Mutter nervös, 2 Stiefgeschwister leiden an Krämpfen.

Als Kind Rhachitis, Skropheln, viel kränklich; lernte in der Schule schwer, kam bis zur II. Klasse; von 1882—1887 wiederholte Strafen wegen Diebstahl, Arbeitsscheu, Hausfriedensbruch, Beleidigung.

Krämpfe seit frühestem Jugend.

Bei der Aufnahme in Dalldorf 1892 besteht Anosmia dextra, Ageusia dextra, Hypaesthesia und Analgesia dextra einschliesslich der Schleimhäute von Nase und Mund, Kalt und Warm wird rechts nicht unterschieden, die Ge-

lenksensibilität ebendort herabgesetzt. Die Stimme ist sehr heiser, zeitweise besteht völlige Aphonie (Lähmung der Thyreoidmusculatur). Nach einmaliger Anwendung des faradischen Stromes erfolgt prompter Schluss beider Stimbänder beim Phoniren; die Stimme ist sofort klar und deutlich.

Der übrige Stat. somat. bietet keine Besonderheiten.

In den ersten Jahren der Beobachtung werden wiederholt schwere, meist nächtliche Anfälle constatirt, die mit Bewusstlosigkeit und Zungenbiss einhergehen, und nach denen die Kranke längere Zeit sehr elend und hinfällig ist.

Psychisch besteht eine beträchtliche geistige Schwäche; die Kranke ist eine recht unverträgliche, äusserst reizbare und zu brutalen Gewaltthätigkeiten neigende Person; daneben sehr erotisch; sucht wiederholt Liebesverhältnisse mit männlichen Kranken anzubahnen, putzt sich gerne, drängt sich bei den Visiten an den Arzt heran, sucht ihre eigene Person gern in den Vordergrund zu rücken, läugt und stiehlt.

Am 31. October 1893 wird, ohne dass ein Anfall vorhergegangen wäre, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung beider Augen constatirt.

1895 werden mehrfach Hypästhesien und Hypalgesien wechselnder Intensität und Localisation notirt.

12. April 1896. Bei der Feldarbeit Vormittags 7 ärztlich beobachtete hysterische Anfälle, bei denen sie bei Bewusstsein war, „auf Aeusserungen des Arztes sofort und entsprechend reagierte und Anordnungen Folge leistete“. Am Nachmittage sehr munter.

16. Mai. Verhetzt die Kranken unter sich und gegen die Anstalt, beschimpft und misshandelt oft in rohester Weise andere Patienten; die Anfälle von hysterischem Charakter schliessen sich stets an einen äusseren Anlass (Streit, Prügelei etc.) an. Nicht selten ist sie im Anschluss an Zank, Aerger oder andere Erregungen vorübergehend stummlos. Die Sensibilitätsprüfung weist nur in der Scheitelgegend eine ca. handtellergroße Partie als anästhetisch und analgetisch nach, im Uebrigen bestehen keine Abweichungen.

1897. Wiederholt im Anschluss an Streitereien, entdeckte Diebereien etc. Suicidversuche, droht das Haus anzünden zu wollen; Nachts wiederholt nass, ohne dass ein Anfall beobachtet wurde, und ohne dass Patientin selbst von der Urinentleerung etwas wusste.

1899. Oefters tobsuchtsartige Erregungszustände mit theatralischer Neigung zur Selbstbeschädigung; Zustände von unbestimmter Angst und trauriger Verstimmung treten mehrfach auch ohne äussere Veranlassung auf. Gänzlich einsichtslos, gedächtnisschwach.

24. Januar 1901. Hat im letzten Jahre kein Brom erhalten. Anfälle epileptischen Charakters sind wieder häufiger geworden. Heute nach einem nächtlichen schweren, mit Zungenbiss einhergehenden Anfall werden zu beiden Seiten des Halses zahlreiche frische, punktförmige Hauthämorrhagien wahrgenommen. Pat. ist den ganzen Tag sehr elend, hinfällig, appetitlos, klagt über Kopfschmerzen. Soll wieder 5,0 Kal. brom. erhalten.

1. Mai 1902. Seit Juli 1901 sind ohne erkennbare Ursache und trotz einer täglichen Bromdosis von 6,0 g ziemlich zahlreiche Schwindelanfälle auf-

getreten, bei denen die Kranke plötzlich erblasst, zusammensinkt, schmatzende, kauende Bewegungen macht und auf Nadelstiche oder Anrufen nicht reagirt. Die Pupillen sind in diesen Zuständen, die kaum 1 Minute dauern, lichtstarr. Die Kranke ist sofort wieder klar, weiss nichts vom Anfall und fährt ruhig in dem durch den Schwindel unterbrochenen Gespräch bezw. in ihrer Thätigkeit fort. Die Sensibilität ist jetzt normal; seit mindestens 3 Jahren sind hysterische Anfälle nicht zur Beobachtung gekommen. In den anfallsfreien Zeiten psychisch noch immer ebenso wie oben geschildert.

Epikrise: M. D., hereditär belastet, ist von frühester Kindheit an epileptisch. In den zwanziger Lebensjahren werden Erscheinungen der Hysterie beobachtet (Krämpfanfälle mit erhaltenem Bewusstsein, die sich mit Vorliebe an einen heftigen Affect [Aerger, Streit etc.] anschliessen, und nach denen sich die Kranke, auch wenn sie gehäuft auftreten, sehr schnell wieder erholt, ferner mannigfache, in Intensität und Localisation wechselnde Lähmungserscheinungen auf sensiblem, sensorischem und motorischem Gebiet). Eine Ursache für das Auftreten dieser neuen Erscheinungen oder der genaue Zeitpunkt, wann sie zuerst sich eingestellt haben, war anamnestisch nicht sicher zu erfahren, wenn man auch wohl annehmen darf, dass das unregelmässige, vagabondirende und verbrecherische Leben nicht ohne Einfluss war. In den letzten Jahren sind ebenfalls ohne erkennbare äussere Ursache diese Symptome wieder zurückgetreten, während die Epilepsie dauernd weiter besteht. Das psychische Verhalten zeigt aber auch jetzt noch gewisse Züge, die der Epilepsie an sich für gewöhnlich fremd sind. Ausser einer beträchtlichen (wohl schon angeborenen) geistigen Schwäche, die im Laufe der Jahre noch zugenommen hat, der ethischen Depravation, der brutalen Zornmuthigkeit und äusserst labilen Stimmung zeigt ihr ganzes Verhalten auch jetzt noch einen deutlichen erotischen Zug, eine Neigung zu theatralischen Uebertreibungen angeblich vorhandener Beschwerden und ebenso theatralischen, kaum ernst gemeinten Drohungen; auch ihre Affecthandlungen entbehren meist des Blinden, Rücksichtslosen einer einfachen Epileptica. Schlägt sie einmal Scheiben ein, so pflegt sie es meist vorher anzukündigen und es dann so einzurichten, dass sie sich selbst gar nicht oder nur unbedeutend verletzt, und wenn sie in Gegenwart des Arztes im Einzelraum anscheinend in höchster Erregung mit dem Kopf gegen die Wand rennt, hütet sie sich auch hier geschickt vor ernsteren Beschädigungen.

No. 11. Frau S. (519), Kaufmannsfrau, geboren 7. März 1873. In Beobachtung seit 7. Januar 1901.

Epilepsie und Hysterie; Myoclonus. Im psychischen Bilde prävaliren die hysterischen Symptome.

Heredität: Mutter nervös, gestorben an Diabetes.

Als Kind: Masern, Scropheln; viel kränklich, besuchte höhere Töchterschule bis II. Kl., lernte schwer, vergass leicht; 1898 verheirathet, die kinderlose Ehe wurde schon nach $\frac{3}{4}$ Jahren „wegen gegenseitiger Abneigung“ geschieden. So lange sie denken kann, hat sie stets lehhaft und oft ängstlich geträumt. Bis in das Alter von 7 oder 8 Jahren nächtliches Bettläufer.

Mit 16 Jahren Eintritt der Menses. Damals zum ersten Mal Krämpfe: Keine Aura, plötzlicher Bewusstseinsverlust, lauter Schrei, Zuckungen am ganzen Körper; als sie nach einigen Minuten zu sich kam, sehr elend und Kopfschmerzen. Diese Anfälle kamen zunächst nur zur Zeit der Menses, dabei mehrfach Zungenbiss, einmal 1 Vorderzahn durch den Fall ausgeschlagen. Einige Male wurde sie Nachts vor dem Bette liegend gefunden, so dass die Verwandten annahmen, sie habe einen Anfall gehabt. Gelegentlich sank sie bei Tage „wie ohnmächtig“ vom Stuhl, blieb dann längere Zeit benommen, musste zu Bett gebracht werden und schlief dort oft ein.

Seit einigen Jahren — genauere Zeitbestimmung ist anamnestisch nicht zu erhalten — wurden von den Verwandten auch Anfälle beobachtet, bei denen sie wild mit Armen und Füßen um sich schlug, sich umherwälzte oder auf dem Boden hin und herrschte, und bei denen das Bewusstsein theils erhalten, theils verloren war; bei diesen Anfällen, die nur am Tage und meist nach Ärger und Aufregung kamen, war die Gesichtsfarbe stets unverändert. Der Familie ist aufgefallen, dass die Kranke in den letzten Jahren recht vergesslich und sehr heftig geworden ist.

Bei der Aufnahme in Wuhlgarten klagt die Patientin selbst über Vergesslichkeit, es besteht eine gewisse Oberflächlichkeit, Schwäche im Urtheil und allgemeine Schwerfälligkeit.

Körperlich besteht leichter Tremor mannum und leichte Hypästhesie beiderseits an den Fingerspitzen, sonst nichts Besonderes. Gleich nach der ärztlichen Untersuchung legte sich Patientin zu Bett und fing an, mit beiden Armen zuckende Bewegungen zu machen; den Kopf bohrte sie nach rückwärts in die Kissen, die Atmung wurde beschleunigt; die Augen waren geschlossen; beim Öffnen flohen die Bulbi nach oben, so dass die Pupillenreaction nicht festgestellt werden konnte. Auf Fragen gab Patientin in kurzen, abgerissenen Worten Antwort. Dieser Zustand dauerte ca. 10 Minuten, dann stand die Kranke auf, ging zu Tisch, ass mit gutem Appetit und meinte, sie habe „ihre Zuckungen“ gehabt.

13. Januar 1901. Im Anschluss an einen Zank treten bei erhaltenem Bewusstsein unregelmäßige, grobe klonische Zuckungen in der Muskulatur des ganzen Körpers auf, die einen halben Tag andauern und heftiger werden, je mehr man sich mit der Kranken beschäftigt; Pupillen mittelweit, L./R. prompt. Sensibilitätsstörung nicht nachweisbar.

3. Februar. Hat in den letzten Wochen mehrfach bei Tage Anfälle von ca. 10 Minuten Dauer und folgenden Verlaufs gehabt: Gleitet langsam und vorsichtig zu Boden, arc de cercle, wälzt sich am Boden umher, zappelt mit

Armen und Beinen, Gesichtsfarbe unverändert, L./R. vorhanden, auf Nadelstiche reagirt sie mit Zusammenzucken.

5. Februar. Liegt wieder im Bett, weil sie „ihre Zuckungen“ habe: Durch unregelmässige, mehr oder minder ausgiebige Beuge- und Streckbewegungen der Extremitäten und des Halses wird der Körper stossweise im Bett umhergeworfen; die Kranke ist völlig bei Bewusstsein, giebt klare und prompte Antworten, Gesichtsfarbe unverändert, L./R. vorhanden; die Zuckungen dauern den halben Tag und sind bei der ärztlichen Visite am heftigsten, Temperatur nicht erhöht.

11. Februar. Hat Nachts einen nicht genauer beobachteten Anfall gehabt, bei dem sie stark geröchelt hat; am Morgen wird ein kleiner frischer Zungenbiss constatirt; Patientin fühlt sich den ganzen Tag recht matt und hinfällig.

13. Februar. Heute am Tage ein nur im letzten Stadium genauer beobachteter Anfall. Als die im Nebensaal befindliche Pflegerin auf einen lauten Schrei der Patientin hinzukam, lag diese am Boden, sah sehr blass aus, hatte Schaum vor dem Mund und war bewusstlos; die Athmung war zunächst röchelnd, wurde dann ruhig und gleichmässig. Die Kranke verfiel in einen ruhigen Schlaf, erwachte nach ca. $\frac{1}{4}$ Stunde, war dann klar, fühlte sich noch sehr elend, wusste nichts von dem Anfall.

6. März. Hat noch wiederholt „ihre Zuckungen“ bei erhaltenem Bewusstsein gehabt. Vorgestern nach einer ZahneXtraction ein Anfall wie am 3. Febr. beschrieben; sie wankte nach der Extraction theatralisch auf den Corridor hinaus und verfiel dort in *conspectu omnium* in ihren Anfall.

Mitte April 1901 trat eine Serie kurzer Schwindelanfälle auf; sie erhielt nunmehr 4,0 Kal. brom. pro die; seitdem sind nur noch ganz vereinzelt nächtliche Anfälle zur Beobachtung gekommen. In dem psychischen Verhalten trat neben beträchtlicher Urtheilsschwäche und mässiger Reizbarkeit eine Neigung zu theatralischer Gespreiztheit und zum Posiren hervor.

Epikrise: Auf dem Boden hereditärer Belastung zeigt sich bei der Kranken schon in früher Jugend eine nervöse Prädisposition. Zur Zeit der Pubertät treten zuerst Krämpfe auf, epileptischer Natur. Bald (?) darauf stellen sich Anfälle abweichenden Verlaufs ein mit erhaltenem Bewusstsein. Die hiesige Beobachtung bestätigt das Nebeneinanderbestehen epileptischer Krampfanfälle und hysterischer Anfälle, letztere treten meist im Anschluss an irgend eine psychische Erregung auf. Die eigenartigen Myoklonien, die ebenfalls in enger Beziehung zu psychischen Emotionen stehen, lassen sich ungezwungen als hysterische Symptome deuten. Die anfallsweise auftretenden epileptischen und hysterischen Symptome sind klinisch leicht zu trennen; das Nebeneinanderbestehen beider Neurosen beeinflusst aber das psychische Gesamtbild in dem Sinne, dass das Denken und Handeln nicht nur durch die bei Epilepsie gewöhnliche mit den Jahren zunehmende geistige Schwäche und Reizbarkeit, sondern auch durch das der Hysterie eigene Kokettiren

mit Krankheitssymptomen und durch das theatralische Vordrägen der eigenen Person beeinflusst wird. Da die geistige Schwäche bisher nur einen mässigen Grad erreicht hat, ist es erklärlich, dass, wenigstens zeitweise, die hysterischen psychischen Dauersymptome das Krankheitsbild beherrschen.

No. 12. Auguste T. (86), ohne Beruf, geb. 1869. In Beobachtung seit 1891.

Epilepsie und Hysterie (Anfälle, Mutismus, Stottern), Facialisparese unklarer Aetioologie und Mitbewegungen im Oculomotoriusgebiet. Dementia epileptica.

Heredität nicht sicher nachzuweisen; Vater ist Gastwirth (Potator?). Als Kind Scharlach, Diphtheritis und im Anschluss hieran im 6. Lebensjahr einmal „Starrkrampf“. In der Schule gut gelernt, kam bis I. Klasse. Mit 12 Jahren „Zuckungen im Gesicht“ (einseitig? beiderseitig?), bald darauf linksseitige Gesichtslähmung.

Mit 14 Jahren traten zum ersten Male allgemeine Krämpfe auf: Fiel plötzlich um, Zuckungen in beiden Armen und Beinen, bewusstlos, mehrfach Zungenbiss und Einnässen; nach den Anfällen wiederholt schwere Verirrtheits- und Erregungszustände mit völliger Erinnerungslosigkeit. Bald danach stellten sich auch kurze Schwindelzustände ein, die ebenfalls mit völliger Bewusstlosigkeit einhergingen.

Bei der ersten Aufnahme in Dalldorf wird eine linksseitige Facialisparese festgestellt; auch der Stirnast ist gelähmt. Beim Versuch, die Stirn zu runzeln, geht der linke Bulbus nach innen und oben. Dabei tritt eine Verengerung der linken Pupille ein. Das Gesichtsfeld war nicht eingeschränkt. Keine Sensibilitätsstörung; an der Zunge alte Bissnarben. Mehrfach werden meist nächtliche Anfälle beobachtet, die mit lautem Schrei beginnen; nach vorübergehender Starre des ganzen Körpers treten dann in Armen und Beinen kurze Zuckungen auf. Die Gesichtsfarbe wird dunkelblau. Die Kranke schlägt entweder weiter oder sucht verwirrt im Zimmer umher. Das Bewusstsein ist bei den Anfällen aufgehoben. Psychisch besteht eine deutliche geistige Schwäche, die sich in Vergesslichkeit, mangelhafter Aufmerksamkeit und Urheilslosigkeit documentirt. Daneben recht reizbar und zänkisch.

Im April 1892, während sie zu den Eltern beurlaubt war, trat im Anschluss an einen Anfall, „bei dem sie hoch in die Luft gesprungen und lauter Dummheiten angegeben haben soll“, zum ersten Male ein Zustand von Sprachlosigkeit auf, die 24 Stunden anhielt und ganz plötzlich dem normalen Zustande wichen. Sie war dabei völlig bei Bewusstsein, verstand alles, was man ihr sagte, konnte aber nicht sprechen.

1. Mai 1892. Fällt langsam zu Boden, rollt sich um ihre Längsachse herum, schlug mit Händen und Füßen wild um sich; Pupillen reagiren prompt auf Licht. Gesichtsfarbe unverändert. Auf energisches Anrufen giebt sie kurze Antworten. Das Umherwälzen und Umsichschlagen dauert ca. $1\frac{1}{2}$ Stunden, dann richtet sie sich auf, geht schwankenden Schrittes ins Bett, klagt

über Mattigkeit und spricht eigenartig stotternd, z. B.: „Ich ich ich kann nicht nicht nicht sprechen sprechen sprechen“, oder „Con-con-con-stanti-ti-nopel-pel-pel“. Im Laufe des Tages noch mehrfach die gleichen Zustände von Herumwälzen etc.

2. Mai. Spricht wieder wie gewöhnlich; hat an die gestrigen Zustände völlige Erinnerung; stellt Sinnestäuschungen in Abrede. Im Laufe der nächsten Jahre, die Pat. mit kurzen Unterbrechungen in Herzberge oder Wuhlgarten zubrachte, stellen sich Krampf- und Schwindelanfälle in unregelmässigen Zwischenräumen auch weiterhin ein; bei grossen Bromkaligaben und nach einer Flechsig-Cur lässt ihre Zahl vorübergehend nach. Wiederholt werden bei den Anfällen Zungenbisse, Einnässen und schwere Verwirrtheitszustände erwähnt. Auch ohne vorangebenden Anfall treten mehrfach intercurrente Zustände trauriger Verstimmung oder heftiger mit Angst und Verfolgungs- und Vergiftungsideen einhergehender Erregung auf, für welche die Erinnerung meist eine gute ist. Aus den mehrfach vorgenommenen Feststellungen des körperlichen Befundes sei hervorgehoben, dass im Laufe der Jahre die Mitbewegungen im linken Oculomotoriusgebiet weniger auffällig geworden sind. Die Lähmungserscheinungen im linken Facialis bestehen weiter; wiederholt werden in der linken Gesichtshälfte kurze fibrilläre Muskelzuckungen beobachtet. Die elektrische Untersuchung wies zwischen rechts und links keine wesentlichen Unterschiede auf, insbesondere war keine Entartungsreaction vorhanden. Es besteht ein leichter Strabismus convergens concomitans oculi sinistri, im Uebrigen sind aber alle Augenbewegungen ungehindert; auch die sonstigen Hirnnerven sind intact. Die Sehschärfe beträgt Sn. $\frac{5}{6}$. Das Gesichtsfeld war uneingeschränkt, der Augenhintergrund normal, die Kopfpercussion nirgends empfindlich. Von Sensibilitätsstörungen trat nur vorübergehend eine Hypästhesie an der ganzen Stirn auf. Psychisch wurde die Kranke immer reizbarer, empfindlicher, mürrischer und unverträglicher.

Am 18. Juni 1900 trat sie nach ca. einjähriger Unterbrechung wiederum in die Wuhlgartener Behandlung und zwar in einem schweren, 3 Tage dauenden, mit tobsuchtisartiger Erregung und völliger Amnesie verbundenen Verwirrtheitszustand.

Am 21. Juli wird sie nach einem heftigen Zank mit anderen Kranken recht erregt, kann Abends nur noch ganz leise und heiser sprechen und ist am nächsten Morgen gänzlich stumm. Ist dabei völlig klar, giebt ihre Wünsche durch Pantomimen zu erkennen; deutet mit ängstlicher Miene auf den Hals als Sitz ihres Sprachunvermögens. Sensibilität nicht gestört, Gesichtsfeld nicht eingeschränkt.

Am 23. Juli spricht sie wieder ganz gut; der Hals sei ihr gestern wie zugeschnürt gewesen, und deshalb habe sie nicht sprechen können.

30. Juli. Ohne besondere Ursache Anfall folgenden Verlaufs: Fällt langsam zu Boden, arc de cercle, wildes Umherschlagen mit Armen und Beinen; Gesichtsfarbe unverändert. Lichtreaction prompt, auf Nadelstiche zuckt sie zusammen. Dauer des Anfalls ca. 10 Minuten, dann sofort klar, will aber vom Anfall nichts wissen; meint nur, dass ihr schlecht geworden sei.

11. August. Anfall: Dreht sich dreimal um sich selbst, lässt sich dann allmälig ohne Aufschrei auf eine Bank sinken, streckt den rechten Arm und das rechte Bein steif von sich und verharrt in dieser Stellung ca. 2 Minuten. Gesichtsfarbe kaum verändert. Mit dem Munde macht sie kanende Bewegungen. Pupillen verengern sich bei Lichteinfall; bei leichten Nadelstichen im Gesicht zuckt sie zusammen. Auf Aufforderung aufzustehen, erhab sie sich, ging einige Schritte, sank langsam auf den Boden, blieb noch ca. 5 Minuten lang liegen, stand wieder auf, legte sich zu Bett und fragte, ob sie denn keine Arznei gegen ihre Anfälle bekäme.

16. November. Ein Anfall von ca. $1\frac{1}{2}$ Minuten Dauer mit Tonus, Klonus der gesamten Körpermuskulatur, Erblassen, dann Cyanose, Pupillenstarre mit sich anschliessendem halbstündigen Schlaf, Zungenbiss.

6. März 1901. Noch häufig Anfälle ähnlich den beschriebenen; diejenigen, welche wie der am 16. November 1900 verlaufen, überwiegen an Zahl. Wiederholt treten auch noch, namentlich im Anschluss an heftigen Aerger Sprachstörungen auf: Die Kranke ist dann 1—3 Tage lang völlig stumm oder äussert sich nur mit leiser, fistulirender Stimme in einzelnen abgerissenen Worten, indem sie die fehlenden durch entsprechende Gebärden ergänzt. Mit oder ohne suggestive Behandlung gewinnt die Kranke nach 1—3 Tagen ihr normales Sprechvermögen wieder. Die Sensibilität erschien auch in diesen Zuständen ungestört.

1. April 1902. Die Anfälle sind nach Mixtura Bechterew sehr selten geworden und zeigen durchweg epileptischen Typus. Mutismus tritt noch häufig, meist im Anschluss an psychische Erregung auf. Die Vergesslichkeit und Einsichtslosigkeit hat gegen früher noch zugenommen; Pat. ist nach wie vor äusserst reizbar und zänkisch, klagt, wenn sie selbst einmal bei den Streitereien etwas abbekommt, in übertriebenster Weise über schlechte Behandlung, Vernachlässigung etc., redet sich in eine sinnlose Erregung hinein, in der sie mit Selbstmord droht; nach 1—2 Tagen pflegt die Erregung abzuklingen, sie bleibt aber stets sehr empfindlich und übelnehmerisch.

Epikrise: Bei A. T., bei der hereditäre Belastung nicht nachzuweisen ist, wird die Diagnose Epilepsie sicher gestellt durch zahlreiche in den Anstalten beobachtete epileptische Krampfanfälle, auf welche Brom von günstiger Wirkung ist, die zunehmende Verblödung, die Reizbarkeit und Empfindlichkeit. Diese Epilepsie besteht mindestens seit dem 14. Lebensjahr. Im 23. Lebensjahr werden zuerst episodisch Erscheinungen beobachtet (Mutismus, Stottern, eigenartige Anfälle), die sich nicht in das Bild der Epilepsie einreihen lassen. Vom 31. Lebensjahr ab häufen sich bei Fortdauer der epileptischen Krankheitserscheinungen diese Symptome, die, wie namentlich das Auftreten und Verschwinden der passageren Störungen der Sprache zeigen, äusserst leicht durch gemüthliche Erregungen bezw. ärztliche Suggestionen beeinflussbar sind. Ihre Zuordnung zur Hysterie dürfte gerechtfertigt sein.

Hysterische und epileptische Symptome sind stets scharf zu trennen. Wie das Auftreten eines „Starrkrampfes“ im 6. Lebensjahr (der sich übrigens bei brauchbareren anamnestischen Angaben vielleicht auch schon als erstes Symptom der Epilepsie erweisen könnte), die Gesichtszuckungen, die Facialisparesis im 12. Lebensjahr und die später constatirten Mitbewegungen im Oculomotoriusgebiete zeigen, ist das Nervensystem der Kranken ein sehr labiles. Vielleicht besteht sogar eine gröbere organische Erkrankung des Centralnervensystems, doch können wir hierüber kaum mehr als Vermuthungen hegen, da wir uns über die Aetiologie der Facialisparesis nicht ganz klar geworden sind. Sie als hysterisch zu bezeichnen, geht bei der langen Dauer wohl kaum an, anderseits ist die normale elektrische Erregbarkeit nicht leicht mit der Annahme einer peripheren Läsion zu vereinen, für welche wieder die Mitbeteiligung des Stirnastes sprechen würde, die bei der Annahme einer centralen Ursache Schwierigkeiten macht. Jedenfalls dürfen wir von einer vorhandenen Prädisposition zu nervöser Erkrankung sprechen, und es scheint uns nicht ausgeschlossen, dass auf Grund dieser Disposition neben ungünstigen äusseren Verhältnissen die Epilepsie selbst als auslösendes Moment die Symptome der funktionellen Neurose hervorgerufen hat.

In dem psychischen Verhalten der Kranken zeigen sich interparoxysmell, abgesehen von der gesteigerten Suggestibilität, kaum Züge, die nicht auch bei uncomplicirter Epilepsie vorkämen.

No. 13. Clara K. (668), ohne Beruf, geb. 15. April 1867. In Beobachtung seit 11. März 1896.

Epilepsie seit 3. Lebensjahr; Hysterie in den 30er Lebensjahren nach heftiger Gemüthsbewegung. Anfälle haben zunächst grosse Aehnlichkeit mit hypochondrischen Anfällen; hysterische Symptome in den letzten Jahren wieder fast geschwunden. Dementia epileptica, Hallucinationen, gespreiztes, posirendes Benehmen.

Heredität: Vater und Grossvater waren trunksüchtig, Vater † an Kehlkopfkrebs. Mutter leidet an Verfolgungswahn. Eine Schwester †, hatte Krämpfe.

Über Kinderkrankheiten nichts bekannt, soll stets sehr schwächlich gewesen sein. Schon als Kind oft lebhaft und ängstlich geträumt, namentlich von ihrem verstorbenen Vater. In der Schule schlecht gelernt, kam bis zur III. Kl.; wurde zu Hause von der Mutter verzärtelt und wegen ihres Krampfleidens viel und lebhaft bedauert. Erste Krämpfe im 3. Lebensjahr; im 10. Lebensjahr „Gehirnerschütterung“: rannte im Spiel mit einer Freundin zusammen; seitdem Anfälle häufiger und schwerer; lernte seitdem noch schwerer. Krämpfe kamen bei Tag und Nacht in unregelmässigen Zwischenzeiten; war

ganz bewusstlos, mehrfach Zungenbiss aber kein Einnässen; nach den Anfällen meist elend, starke Kopfschmerzen; im Anschluss an Anfälle auch öfters Verwirrtheitszustände mit Amnesie, die gewöhnlich Tage lang anhielten. 1888 fiel sie im Anfall gegen eine heisse Kochmaschine und zog sich dabei eine schwere Brandwunde zu, von der eine noch jetzt vorhandene 12 cm lange und 2 cm breite Narbe an der rechten Hand herrührt. Seit Ende 1895, bald nach einer heftigen Gemüthserschütterung, die durch das Aufheben eines 6 Jahre bestehenden Verlöbnisses bedingt war, oft ängstlich erregt, äusserte die Befürchtung, Kehlkopfkrebs zu haben und bald sterben zu müssen, und behauptete, kein Fleisch auf der Stirn oder keinen Kehlkopf mehr zu haben. Seitdem auch „sonderbare Anfälle mit Schluchzen und Kopfdrehen“.

Bei der Aufnahme am 11. März 1896 in Herzberge, von wo sie nach einigen Monaten nach Wuhlgarten überführt wurde, war die Kranke leicht benommen, kam aber sehr bald zu sich und hatte an ihren Transport in die Anstalt und an die erste Stunde ihres dortigen Aufenthalts nur eine summarische Erinnerung. Ueber die erwähnten „sonderbaren Anfälle“ befragt, erklärt sie, dass sie seit einiger Zeit eigenartige Empfindungen im Kehlkopf verspüre, insbesondere mache es ihr viele Sorge und grosse Angst, dass beim Rückwärtsbeugen der Kehlkopf anschwelle und weit vorspringe (demonstrirt dies und zeigt dabei auf die sich anspannenden vorderen und seitlichen Halsmuskeln); wenn die Angst zu gross werde, müsse sie den Mund aufsperren, schlucken, schreien und mit den Armen schlagen, dann werde es besser. Bei „diesen Anfällen“ sei sie im Gegensatz zu anderen Anfällen bei Bewusstsein.

Der körperliche Aufnahmestatus wies ausser beiderseitigem Fussclonus keine bemerkenswerthen Abweichungen auf.

16. März 1896. Bei der Abendvisite sehr erregt, liegt zu Bett, klammert sich, Hilfe suchend, an den Arzt, jammert, dass sie nichts gethan habe, ein anständiges Mädchen sei und doch so grosse Schmerzen im Kehlkopf habe; ein Stück vom Kehlkopf sei schon aus dem Munde herausgekommen, auch aus den Ohren sei etwas herausgefallen. Dann macht sie Würgbewegungen, entleert weisslichen Schleim, bohrt den Kopf in die Kissen, der Körper hebt sich bogenförmig von der Unterlage. Nach einigen Sekunden sinkt der Körper seitwärts um, wobei der Rumpf, in exquisiter Rückwärtskrümmung verharrt. Die Augenlider sind fest geschlossen, die Bulbi convergiren stark, Pupillenreaction deutlich, auf Nadelstiche zuckt sie nicht zusammen. Nach ca. 1 Minute fängt Patientin an zu wimmern und zu beten, Gott möge ihr helfen, ihr gnädig sein; auf Anrufen antwortet sie.

18. März. Aeusserlich ruhig, bleibt dabei, keinen Kehlkopf zu haben; zerrt mit den Händen am Halse herum, räuspert sich in sehr auffallender Weise. Hat gestern Abend einen vom Pflegepersonal beobachteten Anfall gehabt, bei dem sie anscheinend bewusstlos umfiel, im Gesicht blauroth wurde und an den Extremitäten kurze clonische Zuckungen hatte; kein Zungenbiss, kein Einnässen; erst nach ca. 10 Minuten wurde sie klar, wollte nicht wissen, dass sie einen Anfall gehabt hat.

* 20. März. Beim Waschen Morgens ein Schwindelanfall: Erblasst, fällt

zu Boden; muss ins Bett getragen werden; will nachher nicht wissen, wie sie wieder ins Bett gekommen ist.

21. März. Jammert beständig, dass sie Kehlkopfkrebs habe, ganze Stücke des Kehlkopfes müsse sie aushusten; greift sich an den Hals, wirft den Kopf hintenüber, sperrt den Mund extrem weit auf, schluchzt und schluckt laut, wirft die Arme unruhig umher. Nach ca. 3 Minuten ruhiger; habe nicht anders gekonnt, die Angst sei zu gross gewesen.

28. März. Recht wechselnde Stimmung, gezierte Sprache, lässt sich gern bedienen.

1. April. Aerztlich beobachteter Anfall: Lag im Bett; unter leisem Stöhnen trat tonische Starre der ganzen Körpermuskulatur auf, der Kopf wurde steil hintenüber in die Kissen gebohrt; Pupillen mittelweit, verengern sich auf Lichteinfall; ohne dass clonische Zuckungen auftraten, setzt sich Patientin aufrecht, drängt aus dem Bett, wühlt im Bett umher; reagirt nicht auf Anrufen; lacht nur blöde. Auf Nadelstiche zuckt sie schmerhaft zusammen, schlägt mit drohender Miene nach Arzt und Plegerinnen; kratzt und beißt um sich, geht, als sie isolirt werden soll, aufrecht und sicheren Schritts in den Einzelraum. Nach $\frac{1}{2}$ Stunde erscheint sie klar, giebt ruhig Auskunft, will nicht wissen, wie sie in den Einzelraum gekommen ist, oder dass der Arzt bei war. Sie habe sich so erschrocken, weil ein Becher heruntergefallen sei, weiter wisse sie garnichts; sie werde wohl wieder einen Anfall gehabt haben.

22. April. Hat noch öfters ähnliche Anfälle gehabt, wie am 1. April, ist recht reizbar und empfindsam: will sehr bedauert sein, hat keine Neigung, sich zu beschäftigen; beschwert sich heute laut klagend, dass sich Keiner um sie kümmere; alle hetzten gegen sie, Keiner könne sie leiden; verlangt zum Frühstück noch ein zweites Stück Brot, da sie sonst verhungern müsse. Als ihr entgegnet wird, dass sie zunächst mal das noch auf ihrem Teller befindliche aufessen möge, wirft sie sich laut schreiend auf die Erde und strampelt mit Armen und Beinen. Erst nach einiger Zeit beruhigt sie sich wieder.

30. April. Ein Anfall ähnlich dem am 1. April. Als während desselben die Pflegerin ihr sagt, sie möge sich doch nicht so umherwerfen, antwortet sie sofort: „Sie meinen wohl, ich verstelle mich?“

28. Mai. Hat noch häufig Anfälle gehabt, wie sie unter dem 16. und 21. März und 1. April geschildert sind; diese traten mit Vorliebe bei den ärztlichen Visiten oder dann auf, wenn sonst möglichst viel Zuschauer vorhanden waren.

20. Juni. Wird heute von der Pflegerin angekleidet auf dem Bett in Krämpfen liegend gefunden. Die Gesichtsfarbe war dunkelblauroth, die Athmung röchelnd, an sämmtlichen 4 Extremitäten kurze clonische Zuckungen; vor dem Munde blutiger Schaum. Auf Anrufen und Rütteln keine Reaction. Der Anfall dauerte 2—3 Minuten; gleich danach erkannte die Kranke die Pflegerin. An dem rechten Zungenrande deutliche frische Bisswunde; kein Einnässen. Auf Befragen giebt die Kranke an, dass sie Mittagsruhe habe halten wollen, als ihr plötzlich übel und „dreherig“ im Kopf wurde, „als

„ob der Kopf mir ganz hohl wurde“; was dann mit ihr passirt sei, wisse sie nicht.

29. Juni. In der vergangenen Nacht 3, heute Morgen einen 4. Anfall; bei letzterem deutliche Bisswunde am rechten Zungenrande, auch hat Patientin eingenässt. Die Zunge sieht schmierig-grau belegt aus. Die Kranke fühlt sich matt und elend, hat viel Kopfschmerzen.

Von den vielen in Wuhlgarten beobachteten Anfällen sind noch der Schilderung werth 4 während der ärztlichen Visite am 31. Juli 1896 aufgetretene: Patientin lag im Bett, tonische Starre am ganzen Körper, arc de cercle, schlägt und stösst dann um sich, wirft sich im Bett umher, hüdet sich aber sorgfältig vor dem Herausfallen; stösst dabei mit singendem Tonfall allerhand unarticulirte Laute aus. Pupillen reagiren prompt, auf Nadelstiche zuckt sie schmerhaft zusammen. Der Anfall dauert wenige Minuten; sofort schliesst sich ein zweiter ähnlicher an, dem noch zwei weitere folgen.

27. März 1899. Seit gestern 8 Krampfanfälle; liegt Morgens deutlich benommen im Bett; im Laufe des Tages entwickelt sich ein mit heiterer Verstimmung, Neigung zur Bettflucht und gänzlicher Unorientirtheit einhergehender Verwirrtheitszustand, der vorübergehend Isolirung nöthig macht und erst in mehreren Tagen abklingt.

1. Mai. Im Anfall Verletzung über dem rechten Auge; stundenlang benommen im Bett.

Wiederholte körperliche Untersuchungenstellten die Abwesenheit irgendwelcher Sensibilitätsstörungen und Gesichtsfeldveränderungen fest. Der von Anfang an vorhandene Schwachsinn hat im Laufe der Beobachtungsjahre noch zugenommen, ihr Urtheil ist äusserst mangelhaft, ihr Gedächtniss mässig; ihre maasslose Empfindlichkeit und vor heftigen Angriffen gegen ihre Umgebung nicht zurückschreckende Reizbarkeit gab sehr oft zu unangenehmen Störungen Veranlassung: Ihre äussere Haltung hat etwas Hoheitsvolles, Gespreiztes, ihre Ausdrucksweise ist geziert.

In den letzten Jahren sind bemerkenswerther Weise die oben erwähnten hypochondrischen Vorstellungen fast ganz zurückgetreten und die Anfälle zeigen fast alle einen rein epileptischen Typus; seit fast eben so lange wird ihr äusseres Verhalten in der anfallsfreien Zeit durch zahlreiche Sinnesstörungen beeinflusst, unter denen göttliche Stimmen und Erscheinungen im Vordergrund stehen, und die gelegentlich zu heftigen Erregungszuständen führen, in denen sich Stupor-Symptome und Neigung zu blinder Gewaltthätigkeit regellos mischen.

Epikrise: Anamnese und ärztliche Beobachtung (Verblödung, epileptische Reizbarkeit, Krämpfe mit Bewusstlosigkeit, Zungenbiss, schwere Verletzungen an Hand und Gesicht und nachfolgende Benommenheit und Verwirrtheit) stellen die Diagnose Epilepsie sicher, die wir bis ins 3. Lebensjahr zurückverfolgen können. In den 20er Lebensjahren treten neben den epileptischen Symptomen hypochondrische Vor-

stellungen, die mit Angst, Erregungszuständen und eigenartigen Anfällen einhergehen, in den Vordergrund. Die schwere erbliche Belastung, eine verfehlte Erziehung, heftige Gemüthsbewegungen, Aufhebung eines Verlöbnisses, vielleicht auch das epileptische Grundleiden selbst, dürften für das Auftreten dieser neuen Erscheinungen einen günstigen Boden geschaffen haben. Die eigenartigen Anfälle, die in der ersten Zeit des Anstaltsaufenthalts beobachtet wurden, stehen in engster Beziehung mit ihren hypochondrischen Vorstellungen und könnten zur Annahme führen, dass es sich um hypochondrische Anfälle im Sinne Wollenberg's handelt.

Im weiteren Verlauf der Beobachtung treten aber ohne Beziehung zu hypochondrischen Vorstellungen, die im Laufe der Jahre immer mehr und mehr zurücktreten, nach Schreck oder auch ohne nachweisbare Veranlassung Anfälle auf, die mit arc de cercle-Bildung, mehr oder minder erhaltenem Bewusstsein und erhaltener Pupillenreaction einhergehen und sich von hysterischen Anfällen nicht unterscheiden lassen. Die Annahme einer selbstständigen Hypochondrie verliert dadurch für unseren Fall beträchtlich an Wahrscheinlichkeit; wir sind geneigt, jetzt auch die zuerst erwähnten Anfälle und Beschwerden als Symptome der Hysterie aufzufassen, bei der hypochondrische Beschwerden namentlich dann besonders häufig auftreten, wenn die überempfindlichen Kranken, wie Kräpelin sagt, dazu kommen, sich mit einer gewissen Liebe in ihre eigenen Zustände zu vertiefen, über dieselben nachzudenken und sich mit sich selbst zu beschäftigen. Im psychischen Bilde finden wir wieder trotz vorgesetzter Verblödung eine gewisse läppische Albernheit und Neigung zur Pose.

Bei der p. K. handelt es sich also um eine Epileptica, bei der auf dem Boden der erblichen Belastung sich eine Hysterie vorbereitet hat und unter dem Einfluss einer heftigen Gemüthserschütterung (Rückgang ihres Verlöbnisses) zum Ausbruch gekommen ist. Die Symptome beider Neurosen gehen nebeneinander her und gehen nur im psychischen Gesamtbilde eine innigere Mischung ein. Bemerkenswerth ist, dass in den letzten 3 Jahren die hysterischen Symptome immer mehr in den Hintergrund getreten sind und jetzt kaum noch nachzuweisen sind.

No. 14. Helene G. (533), Dienstmädchen, geb. 25. Juli 1872. In Beobachtung vom 16. Juni 1896 bis 29. December 1898.

Epilepsie und Hysterie, vorübergehend hysterische Anfälle, körperliche und psychische Stigmata, letztere dauernd vorhanden.

Keine Heredität.

Als Kind Skrofeln, Rhachitis; erste Menses mit 13 Jahren; stets viel

Kopfschmerzen, mit 22 Jahren Typhus und Cystitis. In der Schule schlecht gelernt; schon als Kind sehr heftig, leicht „wüthend“.

Im Alter von 10 Jahren zum ersten Male „Schwindelanfälle“ mit Bewusstseinsverlust, die seitdem in unregelmässigen Zwischenräumen immer wiederkehrten. Im 17. Lebensjahr „nach Aerger“ zum ersten Male Krämpfe; auch später Krämpfe meist nach Gemüthsregung oder zur Zeit der Periode.

Am 16. Juni 1896 kommt sie in die Charité. Dort werden in den ersten Tagen viele Anfälle hysterischen Charakters constatirt, die mit arc de cercle-Bildung, tonischer Starre, erhaltener Lichtreaction der Pupillen und ohne klonische Zuckungen einhergingen; später wurden dort häufige epileptische Anfälle mit Zungenbiss beobachtet.

Am 29. Juli 1897 wird ebendort Analgesie an den Beinen, Hypaesthesia an Rumpf und Armen und concentrische Einengung des Gesichtsfeldes für Weiss und für Farben auf beiden Augen festgestellt.

Vom 6. August 1897 bis 15. Januar 1898 wurde sie in Wuhlgarten, von da bis 29. December 1898 in der Anstalt Herzberge behandelt.

Die während dieser Zeit bei ihr beobachteten ziemlich häufigen Anfälle zeigten durchweg epileptischen Charakter (Initialschrei: stürzt brusk zu Boden, bewusstlos, Tonus, Clonus; Gesichtsfarbe blauroth; Athmung stertorös, blutiger Schaum vor dem Munde; Zungenbiss und Lichtstarre mehrfach constatirt; nach dem Anfall kurze Zeit verworren, dann noch sehr matt), auch mehrere schnell vorübergehende Schwindelanfälle mit Erblassen des Gesichts wurden bemerkt; es ist aber in der ganzen Zeit kein einziger Anfall notirt, der seinem Verlauf nach auch nur den Verdacht eines hysterischen erwecken müsste.

Episodisch treten einige Male ohne vorangehenden Anfall deliriöse Zustände auf, in denen sie sehr ängstlich ist, und Leichen, abgeschnittene Köpfe, Blut, Schutzleute mit gezücktem Säbel sieht, auch drohende Stimmen hört. Die Erinnerung an diese bis 24 Stunden anhaltenden Zustände ist nur eine summarische.

Bei der körperlichen Untersuchung fand sich im August 1897 Hypaesthesia und Hypalgesia totalis; letztere rechts deutlicher als links; linksseitige Ovarie, am Rumpf und längs der Wirbelsäule schmerzhafte Druckpunkte; gesteigerte Knierflexe und deutliches Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen (Romberg). Im Januar 1898 wurde in Herzberge die Sensibilität ungestört gefunden, die Kniephänomene waren sehr lebhaft, sonst ergab sich ausser einem geringen Tremor manuum normaler Befund.

Psychisch bestand dauernd während der ganzen Beobachtungszeit eine beträchtliche Schwäche des Gedächtnisses und der Urtheilsfähigkeit neben hochgradiger Reizbarkeit: in arroganter und bestimmtester Weise erheilt sie Arzt und Pflegerinnen ihre Befehle, mit nichts ist sie zufrieden zu stellen, überall fühlt sie sich zurückgesetzt und nicht genügend beachtet und giebt ihrem Missmuth in den gemeinsten Schimpfereien Ausdruck. So unverträglich und launisch sie im Verkehr mit ihren Mitkranken ist, sucht sie sich doch immer wieder an einzelne heranzumachen und diese gegen den Arzt oder die

Ordnung des Hauses aufzuhetzen. Sie selbst schlägt rücksichtslos bei der geringsten Veranlassung auf ihre Umgebung ein und macht ihrer inneren Erregung, namentlich, wenn ihre Wünsche nicht sofort erfüllt werden, wiederholt dadurch Luft, dass sie möglichst viele Fensterscheiben zertrümmert, ohne sich aber dabei jemals ernstlich zu verletzen.

Am 10. December 1897 verschluckt sie mehrere Stecknadeln, weil ihr Wunsch nach Morphium nicht erfüllt wurde. Zu anderen Zeiten sucht sie das Interesse des Arztes durch allerhand körperliche Klagen zu erregen, thut sehr leidend, redet mit kaum verständlicher, matter Stimme; findet sie trotzdem nicht die von ihr erwartete Beachtung, so fängt sie in unflätiger Weise mit äusserst kräftigem Organ an zu schimpfen.

Epikrise: An der Diagnose einer genuinen Epilepsie kann kein Zweifel sein; ob die anamnestischen Angaben, namentlich diejenigen über das Fehlen der erblichen Belastung richtig sind, muss dahingestellt bleiben, da sie nur von der Kranken gemacht sind, und eine anderweitige Verificirung nicht möglich war; vielleicht ist dieser Mangel auch der Grund, dass wir keine bestimmte Ursache auffinden können für das Auftreten jener Anfälle, die in der Charité beobachtet sind, sich in ihrem Verlauf gänzlich von den übrigen zahlreichen in Wuhlgarten und Herzberge constatirten unterscheiden und alle Kennzeichen der hysterischen Anfälle an sich tragen. Auch bei dieser Kranken tritt die Hysterie keineswegs monosymptomatisch in Form von Anfällen auf, wir finden, wenigstens zeitweise, körperliche hysterische Stigmata und dauernd zeigen sich in dem psychischen Verhalten gewisse Eigenheiten, welche sie von den einfachen Epileptischen trennt. Die masslose Ueberschätzung ihrer eigenen Person, deren angeblich zu geringe Beachtung wiederholt Anlass zu den heftigsten Erregungszuständen giebt, ihre Launenhaftigkeit, eine gewisse hämische Schadenfreude und Heimtücke neben mannigfachen theatralischen Versuchen mit ihrem Leiden zu paradiiren, die Art, wie sie auf die Verweigerung des Morphiums reagirt u. A., sind mindestens recht eigenartig.

No. 15. Martha M. (601), ohne Beruf, geb. 12. December 1873. In Beobachtung seit 1891.

Epilepsie, vorübergehend schwere hysterische Krampfanfälle, auch sogen. Wuthanfälle.

Keine hereditäre Belastung.

Als Kind Rhachitis und Masern; in der Schule schwer gelernt, kam bis II. Klasse.

Zum ersten Mal Krämpfe im 6. oder 7. Lebensjahr, ca. ein halbes Jahr nach der Masernerkrankung. Damals und auch jetzt noch war und ist der Verlauf der Anfälle ein typisch-epileptischer; in den letzten Jahren handelt es sich meist um epileptische Schwindelanfälle, an die sich ebenso wie früher

an die Krämpfe fast regelmässig schwere Verwirrtheits- und Erregungszustände anschliessen. Psychisch besteht eine beträchtliche geistige Schwäche, die im Laufe der Beobachtungszeit deutliche Fortschritte gemacht hat; sie ist sehr beschränkt, gänzlich einsichtslos, rechthaberisch, leicht verstimmt und sehr schwer zu behandeln, zumal sie häufig bei den geringfügigsten Anlässen in heftigste Zornausbrüche mit brutalsten Gewaltthaten geräth; die im Beginn der Beobachtung sehr ausgeprägten erotischen Neigungen sind in den letzten Jahren nicht mehr hervorgetreten. Im Jahre 1892 wurden nun mehrfach Anfälle beobachtet, die sich von den gewöhnlichen epileptischen Anfällen unterscheiden, z. B. ist notirt am:

5. April 1892: Fällt mit einem Schrei vom Stuhl auf den Boden, schlägt um sich, wälzt sich am Boden umher, schreit dabei dauernd laut. Die Pupillen reagiren auf Licht; sie antwortet nicht auf Anrufen, zuckt auf Nadelstiche nicht zusammen; nach einigen Minuten wird sie ruhiger, bleibt aber mit geschlossenen Augen am Boden liegen; nach einigen Minuten wiederholt sich dieselbe Scene; im Ganzen werden innerhalb 1 Stunde 6 solcher Anfälle gezählt. Als sie nach dem 3. Anfall zu Bett gebracht wird, wirft sie die Betten durcheinander, fällt selbst wieder heraus und wirthschaftet auf dem Boden weiter umher; wird isolirt; im Einzelraum dauern die Anfälle fort; nach dem 6. Anfall verfällt sie in Schlaf; nach einer weiteren Stunde sieht sie auf energetisches Anrufen verstört um sich, redet sinnloses Zeug, richtet sich aber auf wiederholte Aufforderung auf und geht schwankend mit Unterstützung einer Pflegerin ins Bett. Dort schläft sie noch einige Stunden, erwacht dann frisch und munter, weiss aber von den vorangegangenen Anfällen, der Anwesenheit des Arztes, dem Aufenthalt im Einzelraum etc. nichts.

6. Mai. Im Anschluss an einen heftigen, schliesslich in gegenseitige Prügelei ausartenden Zank mit anderen Kranken während der ärztlichen Visite hochgradig erregt, brüllt laut und andauernd, wirft sich zu Boden, verzerrt das Gesicht, schlägt wild mit Händen und Füßen um sich, ist augenscheinlich bei Bewusstsein; nach ca. 2 Minuten steht sie auf, lässt sich in ein Einzelzimmer führen, beginnt dort von Neuem zu toben.

9. Mai. Nach Aerger und Zank mit anderen Kranken eine ganze Anzahl Anfälle folgenden Verlaufs:

Pat. fängt an laut zu schreien, der ganze Körper geräth in tonische Starre, arc de cercle, schlägt dann wild mit Händen und Beinen um sich; Gesichtsfarbe unverändert, Pupillen reagiren prompt auf Licht; in den Einzelraum verbracht, wälzt sie sich unter lautem Brüllen auf dem Boden umher; nach einiger Zeit wird sie ruhiger, redet unzusammenhängende, kaum verständliche Worte, noch längere Zeit nachher benommen.

Aehnliche Anfälle sind in den ersten Zeiten noch hier und da vereinzelt aufgetreten; in den letzten 3 Jahren sind sie überhaupt nicht mehr zur Beobachtung gekommen.

Die körperliche Untersuchung zeigt ausser einem plumpen, eckigen Schädel nichts Besonderes, namentlich bestanden nie irgendwelche sensiblen oder sensorischen Störungen.

Epikrise: Die Jahre lange Beobachtung beweist auch hier das Ungerechtfertigte der — seiner Zeit auch von uns gestellten — Diagnose Hystero-Epilepsie. Die Kranke war unzweifelhaft von Kindheit an epileptisch und bietet auch jetzt — seit mindestens 3 Jahren — wieder das Bild einer reinen Epilepsie. Es wäre selbstverständlich absurd anzunehmen, dass zwischendurch dieses Leiden sich zu einer Hystero-Epilepsie um- und dann wieder zurückgewandelt hätte. Die richtige Deutung wird auch hier sein, dass sich zu einer Epilepsie zeitweise hysterische Symptome hinzugesellt haben, ohne aber mit den epileptischen eine unlösbare Mischung einzugehen. Das Fehlen der körperlichen Stigmata, die totale Amnesie und der Schlaf, der sich einige Male an Anfälle schloss, wie sie unter dem 5. April 1892 und 9. Mai 1892 geschildert sind, haben gegenüber den sonstigen oben geschilderten Symptomen wohl kein solches Gegengewicht, dass deshalb die Diagnose „Hysterischer Anfall“ hinfällig würde; hätte die Kranke nur Anfälle wie am 5. April und 9. Mai gehabt, so würde unseres Erachtens kaum ein Zweifel an der Diagnose einer schweren Hysterie obwalten. Ob wir einen solchen heftigen, mit motorischer Entladung einhergehenden Affectzustand wie am 6. Mai 1892 zur Hysterie oder Epilepsie rechnen müssen, können wir nicht entscheiden; wir könnten ihn als Symptom wohl für beide Neurosen in Anspruch nehmen, zumal bei der Kranken als Dauersymptom in ausgeprägtester Weise neben sonstigen Erscheinungen epileptischer Degeneration eine krankhafte Reizbarkeit und Neigung zu ganz plötzlichen explosionsartigen Erregungszuständen besteht. Vielleicht weist gerade diese ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der sich bei der Kranken affective Störungen in körperliche Bewegungsvorgänge umsetzen, auf eine besondere degenerative Veranlagung hin, auf deren Boden sich neben der Epilepsie die Hysterie entwickeln konnte, für deren Auftreten wir in der Krankheitsgeschichte sonst kein ätiologisches Moment finden können. Diese Erwägungen treffen mehr oder weniger auch für die Wutanfälle der Patientin St. No. 20 zu.

No. 16. Pauline F. (202), Närerin, geb. 18. Januar 1844. In Beobachtung seit 9. März 1882.

Epilepsie seit ihrem 3. Lebensjahre, Hysterie seit der Pubertät. Epileptische Krampfanfälle und hysterische Anfälle bestehen seit mindestens 40 Jahren unverändert nebeneinander. Psychisch ausser beträchtlicher Verblödung noch jetzt hysterische Züge.

Heredität: Mutter ist „hysterisch“, eine Schwester „nervös“. Ueber

Kinderkrankheiten nichts bekannt; später viel Kopfschmerzen, in der Schule gut gelernt.

Erste Krämpfe im 3. Lebensjahr: Anfälle meist Nachts, völlige Bewusstlosigkeit, Zuckungen am ganzen Körper; „später, als das Unwohlsein kam, noch vor dem 20. Jahre“, am Tage auch noch „andere Anfälle“, „Brustkrämpfe“, bei denen sie laut schreit, nicht immer umfällt und nicht völlig das Bewusstsein verliert. Schon 1882 hatten die Verwandten, bei denen sie wohnte, bemerkt, dass ihre geistigen Fähigkeiten stark nachgelassen hatten.

Beiderlei Arten Anfälle werden bald nach ihrer Aufnahme auch in Dalldorf constatirt und bestehen während der ganzen Dauer der Beobachtung bis heute fort.

Nach den Aufzeichnungen vom Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre — die Krampftabellen der früheren Jahre sind leider nicht mehr vorhanden — sind damals die „Schreikrämpfe“ häufiger als die epileptischen Krampfanfälle aufgetreten. Seit ca. 1898 kehrt sich das Verhältniss allmälig um, und jetzt überwiegen auch bei Tage bei Weitem typische epileptische Krampfanfälle, deren Verlauf im Wesentlichen stets der gleiche ist: plötzliches Zusammensinken mit lautem Schrei, völlige Bewusstlosigkeit, kurzes tonisches Stadium, dann kurze klonische Zuckungen am ganzen Körper. Gesichtsfarbe während des ca. $1\frac{1}{2}$ Minuten dauernden Anfalls blauroth, nachher blass; Pupillen lichtstarr, Atmung stockend, am Schluss schnarchend. Mehrfach Harnabgang und Sugillationen an Kopf und Armen. Für den Anfall besteht völlige Amnesie; gelegentlich nach dem Anfall auch einige Zeit verwirrt und erregt.

Ueber den im Einzelnen wechselnden Verlauf der „anderen“ Anfälle orientiren nachfolgende Notizen der Krankengeschichte:

30. Januar 1892. Bei den Schreikrämpfen sinkt sie um, wird hochroth im Gesicht, ihre Mienen werden ängstlich-verstört, die Atmung wird immer beschleunigter und oberflächlicher, schliesslich schreit sie laut und gellend auf. Dann kehrt die Atmung sehr schnell zur Norm zurück, die Kranke sieht aber noch immer recht ängstlich aus und klagt über Schmerzen in der Herzgegend. Sie ist während der ganzen Zeit bei vollem Bewusstsein.

20. Januar 1893. Wiederholt bei Tage Anfälle, bei denen sie sich am Boden umherwälzt, um sich schlägt und andauernd laut schreit. Nach diesen Anfällen — im Gegensatz zu den typisch-epileptischen Anfällen — nie verwirrt, stets gleich klar, fühlt sich aber noch Stunden lang recht matt. Aeussert mehrfach, sie müsse so schreien, weil sie keine Luft bekomme, als ob man sie würde.

21. Januar 1895. Schreit auf, hält die Hand an die Herzgegend, giebt auf Befragen an, dort heftige Schmerzen zu haben. Mehrmals lassen die Attacken nach und setzen wieder ein. Gesicht dabei schmerzlich krampfhaft verzogen, einmal wird auch die Zunge mit hervorgestreckt. Pupillen reagiren. Auf bestimmtes Zureden lassen die Attacken nach.

3. Februar 1896. Ist den ganzen Tag sehr erregt, mischt sich bei der Visite ungefragt in die Klagen anderer Kranken ein. Plötzlich verzieht sich

das Gesicht krampfhaft, die Wangen- und Kaumuskulatur fühlt sich beiderseits bretthart an; Pat. bleibt stehen, wird leicht unterstützt, wimmert und schreit zeitweise laut und erzählt mit stotternder Sprache in abgerissenen Sätzen, dass der Krampf am ganzen Körper herumziehe. Objectiv sieht man, wie sich einige Secunden lang die Hände krampfhaft schliessen, und wie sich bald darauf die Schulterblätter einander nähern und die Muskulatur zwischen ihnen sich anspannt. Pupillen sind unter mittelweit, reagiren prompt. Der Zustand dauert ca. $\frac{1}{4}$ Stunde, während desselben wird sie mit einiger Mühe ins Bett gehoben. Bei anderen gleichartigen Anfällen wird auch zeitweise auftretende tonische Anspannung der Bauchmuskulatur, der Adductoren und Flexoren der Oberschenkel, der Flexoren der Unterarme etc. constatirt. Namentlich in den letzten Jahren wurde bemerkt, dass die eben geschilderten Anfälle sich fast nur an Zank, Streit oder sonstige gemüthliche Aufregung anschliessen.

Psychisch hat die Verblödung im Laufe der Anstaltsbehandlung unzweifelhaft zugenommen und hat jetzt einen beträchtlichen Grad erreicht. Dabei ist sie sehr launisch, übelnehmerisch, empfindsam, unzufrieden, reizbar, unverträglich und heftig. Ihre äussere Haltung und ihr ganzes Benehmen hat etwas Geziertes und Gemachtes, ihre eigene Person stellt sie gern in den Vordergrund. Stets hatte und hat sie mannigfache leicht wechselnde körperliche Beschwerden, die sie mit behaglicher Breite vorträgt, aber ohne objectiven Befund. Das Herz ist nicht vergrössert, die Töne sind dumpf aber rein, der Puls ist regelmässig, kräftig, ca. 84, das Arterienrohr ist weich. Die Lunge erscheint gesund, eine genauere Untersuchung der Sensibilität, des Gesichtsfeldes etc. war in den letzten Jahren wegen der geistigen Schwäche der Kranken nicht mehr möglich; für die früheren Jahre finden sich keine Abweichungen erwähnt.

Epikrise: Auch bei dieser erblich belasteten Kranken, bei der die Diagnose Epilepsie keinem Zweifel unterliegt (Beginn der Krämpfe im 3. Lebensjahr, typischer Verlauf der einzelnen Anfälle, fortschreitende Verblödung), haben sich im späteren Leben — wahrscheinlich zur Zeit der Pubertät — eigenartige Anfälle eingestellt, bei denen das Bewusstsein nicht oder nur wenig getrübt ist, in denen die Pupillen reagiren, und bei denen mehr oder minder isolirte Muskelkrämpfe in mannigfacher Combination auftreten, die aber stets mit lautem andauerndem Schreien, deutlicher Angst und ausgeprägtem Oppressionsgefühl einhergehen, und die nur bei Tage und meist im Anschluss an eine gemüthliche Erregung sich einstellen. Bemerkenswerth ist, dass diese „Schreikrämpfe“ neben den epileptischen Krämpfen, aber stets zeitlich und klinisch scharf von ihnen getrennt, seit nunmehr ca. 40 Jahren unverändert fortbestanden haben und noch jetzt im 59. Lebensjahr der Kranken weiter bestehen, wenn sie auch in den letzten Jahren weniger häufig gewesen sind. Die Auffassung als hysterische Anfälle dürfte um so mehr berechtigt sein, als trotz der beträchtlichen geistigen

Schwäche sich bei der Kranken noch jetzt eine eigenartige Gezirtheit und gewisse Neigung findet, die eigene Person möglichst wirkungsvoll in eine Art theatralische Beleuchtung zu setzen.

Gegenüber diesem letzten Falle, in dem die ungewöhnlich lange Dauer des gleichzeitigen Bestehens von Epilepsie und Hysterie bemerkenswerth war, mögen die nachfolgenden drei Beobachtungen das entgegengesetzte Extrem, das mehr episodische Auftreten von Hysterie bei Epileptischen, illustrieren.

No. 17. Willibald V. (90), Schulknabe, geb. 1882, in Beobachtung seit 1895.

Frühepilepsie seit 5. Lebensjahr. Im Krankenhouse eine Periode hysterischer Krampfanfälle im 14. Lebensjahre.

Vater starker Potator, Mutter hysterisch. Viel Phthise in der Familie. Schwindelanfälle seit 5., schwere Krampfanfälle seit dem 11. Lebensjahre. Schon als Kind von 6 Jahren sehr reizbar, empfindlich, unverträglich. Sah seit diesem Alter häufig einen Mann, der ihn verfolgte, mit dem Messer auf ihn zukam. Nach ca. 10 Minuten beruhigte sich Pat. dann wieder.

In Wuhlgarten somatisch: Lebhafte Sehnenreflexe, herabgesetztes Localisationsvermögen.

Psychisch: Reizbarkeit. Im Laufe der Jahre zunehmende Demenz. Zahlreiche epileptische Krampf- und Schwindelanfälle mit Pupillenstarre. Daneben wurden über $1\frac{1}{2}$ Jahr lang Krampfanfälle von hysterischem Gepräge beobachtet.

19. September 1895. Hat gestern Tinte getrunken, bezieht sich heute, Bier aus der Wasserleitung getrunken zu haben; fängt Fliegen, nestelt an allen Gegenständen, berührt die Manchettenknöpfe des Arztes, rennt einen kleinen blinden Knaben über den Haufen, dann plötzlich spreizen sich die Finger beider Hände krampfhaft, Pat. bleibt einen Augenblick regungslos stehen, wird auf die Matratze gelegt, Kopf wird etwas hin und her bewegt, Pat. schlägt sich mit der rechten Hand ins rechte Auge. Pupillen dabei weit, Lichtreaction erhalten! Pat. wirft sich noch 5 Secunden hin und her, erhebt sich dann und beginnt wieder überall herumstöbernd sein vorhin beschriebenes Spiel. Wird mit einiger Mühe ins Bett gebracht, wird hier, etwa 5 Minuten nach dem Anfall, ruhig, er schläft nicht ein.

20. September. Heute bei der Visite unruhig im Bett sich herumwerfend, ergreift das Spielzeug der neben ihm liegenden Kameraden u. s. w. Dann sinkt er hintenüber, liegt ruhig da, den rechten Arm emporstreckend, im Ellbogen- und Handgelenk denselben leicht gebeugt haltend. Den Arm lässt Pat. in jeder Stellung, in die er passiv gebracht wird, stehen. Pat. reagirt einen Augenblick nicht auf starkes Kneifen. Die Pupillen, vom Licht getroffen, werden unter mittelweit. Angerufen, erhebt sich Pat. nach 10 Sekunden, sucht nun heftig im Bett herum, schlägt mehrmals mit den Händen gegen die Bettbretter. — Erscheint nach 5 Minuten noch verwirrt. „Tschacher hat mich geärgert und Deutschmann, ich will es dem Inspector sagen.“ „Morgen krieg ich

wieder Besuch!“ — Wirft mit dem Schlüssel nach einem ihm vis-a-vis liegenden Knaben.

18. Januar 1896. Gestern 21, heute früh schon 9 Anfälle. Zwischen denselben klar, liest.

Bei der Visite meint Pat., ihm würde schlecht. Eine halbe Minute darauf treten die Augäpfel starr nach rechts oben; der Kopf wird nach rechts fixirt, dann stossweise kurze Zuckungen regelmässig in den Beinen, dann zitternde Bewegungen. Das ganze Muskelspiel ist so complicirt und rasch wechselnd, dass eine genaue Beschreibung kaum möglich erscheint. Nach Aufhören der ca. $1\frac{1}{2}$ Minuten dauernden Krampfbewegungen bleibt Pat. benommen zwei Minuten liegen; alsbald ein zweiter kürzerer ähnlicher Anfall. Bei einem dritten nach etwa 5 Minuten folgenden Anfälle sieht man die stossweisen Zuckungen der Arme alternirend und taktmässig auftreten, nachher steht Pat. auf, sucht umher, wirft Spielzeug aus dem Bett.

22. Januar. Diese Tage dauert die Serie von Anfällen noch an. Ein Anfall kommt zur ärztlichen Beobachtung, der zuerst den Eindruck heftigen Zappelns durch die alternirenden Bewegungen der Arme und Beine hervorruft. Dann wirft sich Pat. mehrmals mit starker Gewalt im Bette in die Höhe, immer wieder in die horizontale Rückenlage zurückfallend. Dann springt Pat. plötzlich mit geröthetem Gesicht auf und wird eben noch beim Uebersetzen über die Bettkante aufgefangen. Scheint wie auf den Zuruf reagirend, sich wieder hinzulegen. Der linke halbgebeugte Arm ist noch etwas starr.

Nach einer Pause von kaum 3 Minuten ein zweiter Anfall, der nach minder heftigen Bewegungen damit schliesst, dass Patient liegend die Arme steif über den Kopf nach hinten streckt und fortwährend in eigenartiger, monotoner Weise glückst.

Während eines dritten, noch leichteren und kürzeren Anfalls gelingt es zu constatiren, dass die Pupillen auf Lichteinfall prompt reagiren.

23. Februar 1896. Im Bett wegen Halsschmerzen. Hier 2 innerhalb einer Viertelstunde sich folgende Anfälle, die untereinander fast gleich waren. Patient wirft sich auf die Knie, verharrt nach einigen Drehungen einige Minuten ganz ruhig mit gefalteten Händen, starr nach oben gerichtetem Blicke, in der Attitüde eines Betenden.

22. März 1896. Ein Anfall, in dem sich Patient mehrmals um seine Längsachse von rechts nach links und schliesslich daneben auch auf dem Gesäss als Mittelpunkt so herumdrehte, dass die Füsse bald an das Kopfende des Bettes kamen, bald wieder am Fussende waren. Dann fing Patient an, während er auf dem Bauche lag, abwechselnd die Beine anzuziehen und mit ihnen wieder auszustossen. Dauer 1 Minute.

29. April 1899. Entlassen.

20. Juni 1902 wurde Patient nach dreijährigem Aufenthalte zu Hause wieder in Wuhlgarten aufgenommen. Er erzählte, dass seine Anfälle jetzt weg wären. Er habe einen Schreck bekommen, als er gerade im Anfall lag, sei der Doctor an ihn herangetreten. Da habe er sich sehr erschrocken und habe seitdem keine Anfälle mehr. In der folgenden, bis heute neunmonatlichen,

Anstaltsbeobachtung werden nur dreimal Anfälle beobachtet, allemal, soweit die Ermittelungen ein Urtheil gestatten, epileptischer Natur. Bei dem ersten Anstaltsaufenthalt waren jahrelang bei derselben Bromdosis fast jeden Monat mehrere Anfälle aufgetreten, welche zuweilen in Serien von 30—50 Anfällen in einigen Tagen sich häuften. Offenbar ist das frühere Plus an Anfällen der Hysterie zuzurechnen.

Epikrise; Ein typischer Fall von Frühepilepsie und episodischer Addition von Hysterie. Die letztere Diagnose gründet sich in diesem Falle vornehmlich auf folgende Momente: Erstens sind die hysterischen Anfälle von sehr ausgesprochenem, dieser Neurose eigenem Gepräge (Strampelbewegungen, erhaltene Pupillenreaction). Dazu kommt als weiteres diagnostisches Moment das Aufhören dieser Art von Anfällen, während die epileptischen Anfälle fortdauer. Endlich kommen dazu die eigenartig gefärbten, psychischen Zustände.

No. 18. Rudolf B. (1050), ohne Beruf, geb. 1881, beobachtet seit 1895.

Frühepilepsie mit Demenz. 2 Episoden hysterischer Krampfzustände.

Vater Potator, Mutter krampfkrank, trank viel. Im Uebrigen sogenannte „gute Familie“.

Patient hatte im 6. Lebensjahre Typhus. Bald nachher — beim Eintritt in die Schule — wurden die Krämpfe bemerkt, die Patient nach eigener Angabe schon im 2. Lebensjahre gehabt hat. Bis zur 2. Kl. der Gemeindeschule. Krampfanfälle im Laufe der Jahre immer häufiger und heftiger, lassen die wiederholten Lehrlingsversuche rasch scheitern. Im 15. Lebensjahre Aufnahme in Wuhlgarten.

Somatisch: Pupillen meist eng, Berührungsempfindlichkeit normal, Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt. Grobes Stottern. Zeitweise Klagen über Schlaflosigkeit.

Geistiger Rückgang war schon die Jahre vorher bemerkt, weiterer Verfall des zuerst recht manirlichen Knaben spielt sich die folgenden 8 Jahre unter unseren Augen ab. Krankhafte Reizbarkeit wird mit dem Wegfall der Hemmungsvorstellungen in den gelegentlichen Explosionen immer deutlicher.

Anfälle: in den ersten Jahren 2—3, in den letzten 4—6 im Monat, typisch-epileptisch, oft Nachts; häufiger grand als petit mal.

Am 8. September 1900 plötzlich 8 Anfälle von hysterischem Gepräge mit erhaltener Pupillenlichtreaction. Ende desselben Monats Tag für Tag Anfälle, welche dem Stationspfleger den Eindruck der Simulation hervorrufen, trotzdem ihm der Pat. als Epileptiker genügsam bekannt ist. Pat. wird zur Beobachtung ins Lazareth verlegt.

2. November 1900. Hat heute schon eine Reihe von Anfällen gehabt. Bei halbstündigem Aufenthalt des Referenten im Lazarethraum kein Anfall. Referent verlässt das Zimmer mit dem Bemerken, dass wohl kein Anfall heute zur Beobachtung kommen würde. Kaum hat der Arzt die Thür hinter sich ge-

schlossen; als der Pfleger nachgestürzt kommt, „B . . . habe einen Anfall“. Der Arzt findet den Pat. blass, der Körper wird im Ganzen von kaum sichtbaren Zuckungsstössen erschüttet, die sich in feinen Vibrationen der Bettstelle fortsetzen. Bei Zufühlen findet man beide Beine brethart, tonisch gestreckt. Pat. reagiert nicht auf Anrufen. Die Bulbi sind ad maximum nach rechts (oder links?, Erinnerung des Referenten unsicher) oben abgelenkt. Die Pupillen mittelweit, Reaction auf Licht nicht zu prüfen. Zweimal tritt eine Erschlaffung des Körpers ein, während derer Pat. auf Anrufen knappe Antworten giebt, noch leicht benommen erscheint. Nach Aufhören des Krampfzustandes bleibt Pat. benommen liegen.

Bis zum 4. November jeden Tag hysterische Krampfzustände.

5. und 6. November anfallfrei.

7. November. Schwerer epileptischer Krampfanfall. Keine hysterischen Anfälle in der Folgezeit bis November 1902.

27. November bis 6. December 1902 jeden Tag hysterische Anfälle, den Tag bis zu 14 Anfälle. Dieselben werden sichtlich von der Erregung des Patienten darüber unterhalten, dass man ihn der Simulation beschuldige. Einige Anfälle aus dieser Serie seien nachfolgend beschrieben.

29. November. Kein Schrei vor dem Anfall, Muskeln gespannt, Körper nimmt arc de cercle-Stellung an, mit dem Kopf und Hacken auf der Matratze ruhend, und dreht sich in dieser Stellung einige Male im Bett herum. Darauf tritt heftiges Zittern der Beine ein sowie stossende Bewegungen der Beine gegen das Bettbrett. Mit den Armen schlägt Patient wild um sich in so heftiger Weise, dass er blutunterlaufene Stellen am Oberarm sowie Hautabschürfungen an der Stirn davonträgt. Stechen mit der Nadel an Wange und Fusssohlen wird vom Patienten gespürt und ruft Abwehrbewegungen hervor. Augen geschlossen, Zittern der Augenlider, Pupillen mittelweit, Reaction auf Licht nicht zu prüfen, da Patient bei dem Versuche die Lider fest zukneift. Die Haut am ganzen Körper hochroth, aus dem Munde fiesst blutiger Schaum, Zungenbiss. Dauer des Anfalls 3 Minuten. Nach dem Anfall ist Patient etwas benommen. Patient scheint während des Anfallen unter dem Einfluss von Hallucinationen zu stehen, behauptet nach dem Anfall: „meine Stiefmutter wollte mich mit einem Knüppel ins Gesicht schlagen“.

2. December. Patient lag im Bett. Kopf wird nach hinten gebeugt. Der ganze Körper brethart. Hierauf heftiges Zittern der Beine sowie wildes Schlagen mit den Armen. Die Pupillen mittelweit. Reactionsprüfung unsicher; Bespritzen mit Wasser ruft Abwehrbewegungen hervor. Durch Stoss an der Nase zieht sich Patient heftiges Nasenbluten zu. Dauer des Anfalls 5 Minuten. Spricht nach dem Anfall: „Es waren so viel Kerls mit Knüppeln hinter mir her, die haben mir auf den Kopf geschlagen; ich bin ja noch auf der Strasse hingefallen, da hätten sie mich bald überfahren“.

2. December. Nachmittags 14 Anfälle, welche den Eindruck von Wuthanfällen machen: Patient schlägt mit Händen und Füssen um sich, steht Kopf im Bett, schlägt mit den Füssen heftig gegen die Bettbretter, wälzt

sich in der Bettstelle herum. Augen fest zugekniffen, Pupillen unter mittelweit, reagiren auf Lichteinfall. Dauer der Anfälle 3—4 Minuten.

3. December. Der dritte von den heutigen hysterischen Anfällen hat sich soeben in Gegenwart des Arztes (eines von uns) abgespielt. Patient schlug sich auch bei diesem Anfall mit der Faust so ins Gesicht, dass die Nase zu bluten begann. Patient redet fast unmittelbar nach Aufhören des Anfalles auf den Arzt los: „Ich kann es doch nicht begreifen, ich habe meine Anfälle doch schon von Kindheit an. Und drüben sagen sie, dass ich so viele marquirt habe. — Und wenn sie mir auch keine Cigarren und nischt mehr geben sollten, das sollte mir auch schnuppe bleiben. — Ich möchte es ja nicht, dass ich so viele Anfälle haben sollte. — Ich bin schon einmal (wegen Anfalls) beinahe totgefahren worden“⁴. Patient bietet in der Polsterbettstelle mit völlig durcheinandergewühltem und blutbesudeltem Bettzeug liegend, auch das Gesicht mit Blut beschmiert, verstört dreinblickend, einen wüsten Anblick dar.

Epikrise: In dem einförmigen Krankheitsbilde dieses verblödeten Epileptikers heben sich die beiden Episoden hysterischer Krampfzustände nach ihrem gesammten Verlauf mit solcher Schärfe ab, dass hier schon ohne weitere Unterstützung die Diagnose gewagt werden kann. Herangezogen werden kann noch das Moment, dass diese Episoden in innigem, vielleicht ursächlichem Zusammenhang stehen mit der jeweiligen Vorstellung des Patienten, dass man ihm Simulation von Anfällen vorwerfe.

No. 19. Karl R. (271), Kaufmann, Comptorist, geb. 1864, in der Anstalt 1895 bis 1900.

Frühepilepsie. Episodisch auch hysterische Krampfanfälle.
Anatomisch: Ammonshorn-Sklerose.

Vater sehr erregbar.

Pat. seit früher Kindheit epileptisch. Früher Aura: Angstgefühl.

Anstalt: Zahllose epileptische Krampf- und Schwindelanfälle. Fällt oft nach rechts, dreht den Kopf nach rechts, allgemeine Zuckungen, welche in den linksseitigen Gliedmassen länger anhalten. Dreimal — einmal nach gemüthlicher Erregung, zweimal beim Verbinden kleinerer Verletzungen — hysterische Krampfanfälle mit langem Schreien, Umherwälzen, Schlagen aller Gliedmassen, getrübtem Bewusstsein und nachfolgender Verwirrtheit beobachtet.

Somatisch: Dauernd allgemeine Hyperästhesie.

Psychisch: Zunehmende Demenz, äusserst geziertes Wesen.

Tod: 1900 im Stat. epilepticus.

Anatomischer Befund: Hypostatische Pneumonie. Lepto- und Pachymeningitis chronicā. Sklerose des rechten Ammonshornes. Hypoplasie der anstossenden Windungen.

Epikrise: Ein auch anatomisch beglaubigter Schulfall von Frühepilepsie mit Addition von Hysterie, die sich im wesentlichen durch acute Paroxysmen, und zwar nur episodisch manifestirt.

Auch der nächste Fall ist zur Autopsie gekommen.

No. 20. Ottilie St. (2931), Verkäuferin, geb. 1870, in Beobachtung m. U. seit 1884.

Epilepsie: Zahlreiche epileptische Anfälle, Verblödung. Anatomisch: linksseitige Ammonshornsklerose; Hysterie: Wechselnde Sensibilitätsstörungen, hysterischer Krampfanfall.

Vaterschwester idiotisch, Muttersbruder epileptisch, Mutter imbezill.

Pocken im 2. Lebensjahre. In der Schule kopfschwach. Erster Krampfanfall im 13. Lebensjahre: Auf der Strasse Zuckungen in den Armen, ohne Fall. Krämpfe nahmen allmälig an Zahl und Intensität zu. Gelegentlich Beginn der Convulsionen in den rechtsseitigen Extremitäten beobachtet, sonst typisch-epileptisch, oft mit nachfolgender Verwirrtheit. Auch petit mal.

Anstalt (mit Unterbrechung seit 15. Lebensjahr): Zunehmende Demenz, ungeheuer reizbar, häufig „Wutanfälle“, z. B. 1887, als ihr Entlassungswunsch nicht erfüllt wurde: Warf sich auf den Boden, wälzte sich umher, schlug mit Händen und Füßen, zerkratzte sich das Gesicht u. s. w. 1892 Wutanfälle oft, wenn ein Wunsch nicht erfüllt wird, zerbiß dabei eine Hängematte.

Onanirt viel, misshandelt oft schwache Kranke, legt sich auf sie (sexuelle Perversität?). Zahlreiche Selbstmordversuche, trinkt Sol. Fowleri, Auflösung von Soda und Seife, sticht sich Nadel ins Ohr, versucht wiederholt, sich zu erwürgen, sprang aus dem Fenster.

Somatisch: Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit oft herabgesetzt gefunden, mehr auf der rechten Körperhälfte. Zu anderen Zeiten Besserung der allerdings nie normalen Sensibilität. In gleicher Weise schwankt das mehr oder weniger eingegengte Gesichtsfeld.

1895 wird in Wuhlgarten ein hysterischer Anfall beobachtet: Erschrickt beim Erscheinen des Arztes anscheinend und bekommt einen Anfall: Durchdringendes Schreien, dann klonische Zuckungen im ganzen Körper, dann fliegt Pat. im Bette auf und nieder (Arc de cercle-Bildung) mit weit geöffnetem Munde, ganz herausgestreckter Zunge und offenen Augen. Das Gesicht ist dabei verzerrt, die Pupillen reagiren auf Licht. Nach dem Anfall ist Pat. sofort wieder klar.

Ausserst zahlreiche epileptische Anfälle Tags und Nachts. Deutliche Verblödung.

Tod durch Pneumonie.

Obduktionsbefund: Gefäße der Basis sehr eng. Gehirn im Ganzen klein. Gewicht 1020 g. Gewöhnlicher Windungstypus.

Linkes Ammonshorn und linker Uncus stark verschmäler und hart. Mikroskopisch: Typische Ammonshornsklerose.

Epikrise: Es besteht Epilepsie seit dem 13. Lebensjahre mit zahlreichen Krampf- und Schwindelanfällen. Geistiger Rückgang schreitet in der Anstaltsbeobachtung bis zur Verblödung vor. Hochgradigste Reizbarkeit, daneben sind später in der Anstalt eine Reihe von Erschei-

nungen beobachtet, welche in ihrer Gesammtheit zu der Diagnose Hysterie zwingen: Ein vereinzelter, aber zweifellos als hysterisch zu bezeichnender Krampfanfall, jahrelang wechselnde Sensibilitätsstörungen besonders der rechten Körperhälfte und schwankende Gesichtsfeldeinengung, endlich im psychischen Krankheitsbilde u. A. die vielfachen bizarren Selbstmordversuche. Wieder einmal bei dieser Addition der Neurosen auch Wuthanfälle (cf. Fall No. 15 und No. 21). Ueber die Zugehörigkeit der Wuthanfälle zu dem psychischen Bilde dieser oder jener der beiden Neurosen möchten wir keine Entscheidung treffen. —

Wir wollen hier noch drei Fälle anfügen, die ebenfalls zur Section gekommen sind und bei denen sich gröbere organische Veränderungen im Centralnervensystem fanden:

No. 21. Frau Marie P., 523, Tischlerschwitze, geb. 1832.

Spätepilepsie und Hysterie, hervorgerufen durch Cysticerken.

Keine Belastung, hat gesunde Kinder.

Seit dem 29. Lebensjahr plötzlich schwere und sich häufende Krampfanfälle, welche mehrfach zu erheblichen Verletzungen geführt haben.

In der Anstalt (1891—1896):

1. Krampfanfälle von typisch-epileptischem Charakter, etwa 20 im Jahr; seltener petit-mal.

2. Ziemlich häufig Krampfanfälle von hysterischem Charakter, auch gehäuft hintereinander auftretend. Patientin schlägt wild mit den Händen und Füßen, schnalzt mit der Zunge, Pupillen reagiren. Das Bewusstsein ist in den einzelnen hysterischen Anfällen in verschiedenem Grade getrübt. Einmal wendet sie auf Anrufen im Anfall den Kopf. Immer kommt sie rasch wieder zu sich.

Die „epileptischen“ und „hysterischen“ Anfälle meist ohne Beziehung zu einander. Eines Tages jedoch 7 „hysterische“ Anfälle, die folgende Nacht ein „epileptischer“ mit Zungenbiss.

Patientin unterscheidet auch selbst Anfälle zweierlei Art: die einen kämen ohne Vorboten; sie sei bei ihnen ganz bewusstlos. Bei den anderen Anfällen merke sie, der rechte Arm singe an zu zucken, dann höre sie noch alles, könne aber nicht mehr sprechen; auch bei dem weiteren Verlauf dieser Anfälle will sie bei Bewusstsein sein.

Somatisch: Adipositas, stumpfer Gesichtsausdruck. Juli 1893 klagt Patientin über Tremor der rechten Hand, der seit einem Vierteljahr bestehe und immer schlimmer werde. Beim Schreiben macht sie statt einer geraden, eine kleinwellige Linie. Als Patientin zitterig das Datum aufgeschrieben hatte, nahm der Tremor der rechten Hand zu; es traten Zuckungen ein, Patientin stürzte hin und bekam einen „hysterischen“ Anfall, in welchem sie um sich schlug und schrie, Pupillen reagirten. Nach dem Anfall hustete Patientin, machte Schmeckbewegungen. Tremor der rechten Hand hört im Schlaf auf.

1. August 1893. Als die Patientin zur Behandlung des Tremors statt des beabsichtigten Elektrisirens einen Aderlass für wirksamer erklärt, wird ein Scheinaderlass vorgenommen. Unmittelbar nach dieser Operation hört der Tremor auf.

Psychisch: Dement, leicht erregbar, Tobsuchtsanfälle: Wirft sich auf die Erde, schreit, schimpft.

Tod: December 1896. Erstickung im epileptischen Anfall.

Anatomischer Befund: Durchweg flüssiges Blut in den Gefäßen.

Dura mater mit dem Schädeldach fast überall fest verwachsen, innen glatt und glänzend.

Pia der Convexität verdickt und getrübt, feucht, lässt sich glatt abziehen. Beim Abziehen entfernt sich gleichzeitig aus der Mitte der linken hinteren Centralwindung ein stecknadelgrosses, fibröses Knötchen, ferner ein erbsengrosser Knoten aus der unteren Kante der zweiten linken Stirnwindung an deren hinterem Ende, ferner aus dem oberen Rande des rechten Supramarginallappens. Alle diese Knötchen stammen aus der Rindensubstanz. Noch kleinere Knötchen an verschiedenen Stellen der Pia. Im Innern des Gehirns wird nur ein erbsengrosses Knötchen gefunden und zwar auf einem Schnitte durch den linken Thalamus opticus vorne, im äusseren Winkel des Putamens.

Mikroskopisch wurde leider die frische Untersuchung der Knötchen auf Häkchen unterlassen. Die Untersuchung nach vorgenommener Härtung erwies die Knötchen aus einer dicken geschichteten Kapsel bestehend, welche als Inhalt amorphe Masse und Krystalle enthielt. Immerhin liess sich nach diesem histologischen Bilde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Cysticerken“ stellen. (Prof. Benda.) Die Umgebung der Cysticerkenknoten im Bereiche der motorischen Rindenfelder zeigt im Nissl- und van Gieson-Präparate keine gröbere Veränderung.

Die Ammonshörner waren auch mikroskopisch normal.

Epikrise: Es handelt sich hier um Spätepilepsie bei organischer Gehirnerkrankung. Es hat seit langen Jahren schon die epileptische Veränderung nach Binswanger Platz gegriffen, wie aus dem allgemeinen Typus der epileptischen Anfälle, aus der Demenz und der Charakterveränderung hervorgeht. Zu den epileptischen Erscheinungen gesellen sich später (wann, ist nicht ermittelt) solche hysterischen Aussehens. Hysterische Symptome bei organischen Erkrankungen sind oft beschrieben worden.

Die „hysterischen“ Anfälle beginnen jedes Mal mit bewusstem Zucken im rechten Arm. Die Reizquelle mussten wir also nach dem Stande unserer patho-physiologischen Kenntnisse in der Gegend der linken Centralwindungen suchen. In der That haben wir nun in dieser Gegend ein von der Pia ausgegangenes erbsengrosses Knötchen gefunden, das die Rindensubstanz an dieser Stelle verdrängt hat.

Ist diese ätiologische Unterstellung richtig, so wird der Reiz des-

selben Tumors auch den vorübergehenden Tremor der rechten Hand bewirkt haben. Interessant ist das Schwinden des Tremors nach Suggestion.

Der Fall nimmt im Rahmen unserer Arbeit eine Sonderstellung ein. In der überwiegenden Mehrzahl unserer Fälle trat die Hysterie zu einer Epilepsie hinzu, die im jugendlichen Alter entstanden war, zur Früh-epilepsie. Dieser Begriff ist im Sinne von Weber und von Bratz gebraucht. Bei dieser Kranken aber vollzieht sich der Vorgang der Neurosen-Addition auf der Grundlage zwar auch echter Epilepsie, aber solcher, welche sich erst im höheren Lebensalter durch den Reiz organischer Hirnveränderung entwickelt hat, also auf der Grundlage echter Spätepilepsie.

No. 22, Hans M. (605), Schulknabe, geb. 1885, in Beobachtung seit 1894, gest. 1900.

Hereditäre Lues. Frühepilepsie seit mindestens 9. Lebensjahre. Hypalgesia totalis. Seit 12. Lebensjahre auch hysterische Krampfanfälle, Verblödung, Erstickungstod im 16. Lebensjahre. Hämatoma durae matris. Ependymitis granulosa. Atrophia cerebri. Leptomeningitis posterior medullae spinalis. Pericarditis fibrosa. Perisplenitis. Atheroma aortae.

Mutter Paralytikerin (demente Form mit Lichtstarre der Pupillen, epileptiformen Anfällen).

2 Geschwister todgeboren.

Pat. erschien schon in seinem 7. Lebensjahre dem Waisenvater körperlich recht ungeschickt, geistig ziemlich schwach -- „verworren“, dabei musikalisch veranlagt. 2 Jahre später „ab und zu krampfartige Zufälle, die von kurzer Dauer sind, aber ihn nachher ganz verstört erscheinen lassen“. So verliess er einmal in der Schulstunde unter Gesichtsverzerrungen seinen Platz, wanderte planlos durchs Klassenzimmer und begab sich schliesslich wieder auf seinen Platz zurück, ohne auf die Fragen des Lehrers zu antworten.

1894 wurde in der Charité unter gleichzeitiger Brombehandlung der Epilepsie wegen Strabismus convergens concomit. eine Reihe von Schieloperationen ausgeführt.

1895 Aufnahme in Wuhlgarten mit folgenden Einzelheiten des körperlichen Befundes: dauernde Anämie. Zahlreiche Nackendrüsen bis Bohnengrösse fühlbar. 5pfennigstückgrosse eczematöse Flechte am Kinn. Jetzt Strabismus divergens concomitans. Beiderseits starke Hypermetropie, Pupillen mittelweit, Lichtreaction sehr träge und wenig ausgiebig. Hypalgesia totalis auch für Verbrennungen.

In den ersten Monaten des Anstaltsaufenthaltes werden eine grosse Reihe epileptischer Anfälle beobachtet, ca. 3 im Monat, oft schwere Krampfanfälle mit Tonus und Clonus, Cyanose, Schaum vor dem Munde, Enuresis, postparoxysmaler Benommenheit und Ubelkeit.

Im April 1896 findet der Arzt den Pat. in Krämpfen vor, die Morgens früh begonnen haben und in zappelnden Bewegungen bestanden, ca. 10 Minuten dauerten, um dann bis zu einer Viertelstunde auszusetzen. Bald nach Eintritt des Arztes beginnt ein neuer Anfall: heftige Bewegungen durchschütteln den ganzen Körper. Pat. bleibt dabei auf dem Rücken liegen, trifft zuweilen mit den stossenden Füssen auf die Seitenbretter des Bettes, mit dem Hinterkopf gegen das Kopfbrett. Augäpfel nach rechts oben deviirt, Pupillen weit; Gesichtsfarbe blass. Fortwährend hört man inspiratorischen Stridor. Mehrmals lassen die zappelnden Bewegungen für einige Augenblicke nach. Einmal schienen sie durch heftiges Kneifen, auf das Pat. sonst nicht reagirt, wieder ausgelöst zu werden.

Auf suggestives Zureden in einer Krampfpause (die Anfälle würden jetzt aufhören) erfolgen noch einige vereinzelte leise Stösse der Beine, dann hören die Krampfbewegungen völlig auf. Pat. scheint sehr müde und abgeschlagen, kennt den Arzt, spricht völlig heiser, schlafst nicht ein.

In demselben Monat noch wiederholt hysterische Anfälle, immer mit der Aura, dass Pat. klagt, es würde ihm schlecht. Die Anfälle werden jedesmal durch Zureden oder durch Druck auf eine Leistenbeuge coupirt. Manchmal hören die Krampfbewegungen in dem Augenblick dieses Druckes mit einem Ruck auf, der Körper bleibt aber noch, wie federnd, in leichter (tonischer?) Spannung. In der That gelingt zwar das Coupiren der Anfälle durch den Druck ausnahmslos, nachdem aber die drückende Hand aus der Leistenbeuge genommen ist, folgt oft, manchmal im selben Moment, ein neuer Anfall oder einige stossende Bewegungen. Die ganze Scene schliesst nach ca. 20 Minuten, als ein gänzliches Aufhören der Anfälle mit Worten suggerirt und erreicht wird.

Auch in der Folgezeit stets sehr häufige epileptische Anfälle. Patient zog sich in solchen eine Reihe von Verletzungen zu, so einen Bluterguss in das Ellbogengelenk, erhebliche Wunden an Lippe und Kinn; dabei fiel die Analgesie auch der tiefen Weichtheile auf.

3. September 1897: sehr aufgereggt und phantasiereich auf dem Spielplatz, redet auf eine Stange ein, die ihm einen Schüler darstellt, tadeln und schlägt die Stange u. s. w. Plötzlich starrt er auf einen 3 m weit entfernten Punkt der Erde, schimpft als ob jemand da wäre, stürzt dann steif auf diesen Punkt zu und wird in strampelnden Bewegungen weggetragen. Weiss anderen Tages, dass der „Onkel“ (d. h. Pfleger) ihn auf Befehl des Arztes auf dem Arme ins Lazareth getragen habe.

15. September ein Erdrosselungsversuch nach Zurechtweisung.

17. September: Ruft einen Baum an, der seinen Pflegevater vorstellt, der Vater solle kommen.

In der Folgezeit häufige Benommenheitszustände. Seit 1898 unrein. Patient verfällt körperlich und geistig, liegt die letzten Monate seines Lebens dauernd zu Bett.

31. December 1900. Wird nach einem nächtlichen Anfall tott unter der Bettdecke aufgefunden.

Sectionsbefund: Dunkles und flüssiges Blut in Herz und Gefässen.

Innenseite der Dura beiderseits mit dünner Blutschicht bedeckt. Entsprechende meningeale Blutung auf der Pia beiderseits in der Gegend der vorderen Centralwindung. Auch in der vorderen und mittleren Schädelgrube der Basis ist die Dura mit einer dünnen Lage geronnenen Blutes bedeckt. Pia längs der linken Foss. Sylvii verdickt. Pia der Convexität zart und trocken, lässt sich in Fetzen glatt abziehen, sitzt besonders in den Furchen fest. Windungen zahlreich, hier und da gerunzelt, Ventrikel weit. Ependym stark verdickt, weisslich, fein granulirt.

Die Dura des Rückenmarkes sitzt auf der Hinterseite am Brustsegment etwa eine Strecke von 1 cm fest. Die Pia ist an dieser Stelle milchig getrübt. Eine ähnliche Verdickung der Pia findet sich im untersten Abschnitt des Brustmarkes auf einer längeren Strecke.

Sehnenflecke bis 10 Pfennigstückgrösse auf Vorder- und Hinterfläche des Herzens. Verdickungen der Intima an den Semilunarklappen, zahlreiche längsverlaufende atheromatöse Streifen in der Aorta zwischen den Abgangsstellen der Intercostalarterien.

Vereinzelte subpleurale Blutaustritte.

Auf der Vorderfläche der Milz ($9\frac{1}{2} : 5\frac{1}{2}$) eine etwa thalergrösse narbige Einziehung der Kapsel, die auf dem Durchschnitt stark verdickt erscheint. Die Gefäße scheinen auf der Schnittfläche als weisse, deutlich sichtbare Stränge durch.

Für die mikroskopische Untersuchung ist zur Zeit unserer Arbeit ausser einigen Stückchen der Milz, Leber etc. das Rückenmark erhalten. Letzteres zeigt bei Markscheidenfärbung nach Weigert und Pal keinen Faserausfall.

Unsere epikritischen Bemerkungen würden wir schärfer formuliren können, wenn eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns möglich gewesen wäre. Immerhin ist die hereditäre Lues nach den gesammten klinischen und anatomischen Erhebungen fast zweifellos, die Localisation der Lues auch im Gehirn nach dem klinischen Bilde (Pupillensträgheit) und dem anatomischen Befunde (ausgesprochene atrophische Processe in dem kindlichen Grosshirn) höchst wahrscheinlich.

Wir haben hier also eine Epilepsie im Gefolge organischer Hirnerkrankung vor uns und können verfolgen, wie hier schon bei dem epileptischen Knaben im Alter von 11 Jahren zur Epilepsie die erste Manifestation der Hysterie sich einstellt.

No. 23. Helene B. (466), ohne Beruf, geb. 1868, in Beobachtung seit 1894, gest. 1896.

Cerebrale Kinderlähmung (Hypoplasie einer Hemisphäre). Epilepsie seit 6., Hysterie seit 22. Lebensjahr. Tod im Status epilepticus. Die ersten epileptischen Anfälle des Status von hysterischen gefolgt.

Vater mikrocephal, aufgereggt, kein Trinker. Vatersvater imbezill. Eine

verheirathete Schwester beschränkt. Pat. in den ersten beiden Lebensjahren körperlich und geistig wohl entwickelt.

Am Anfang des 3. Jahres stand eines Tages das Kind auf einer Rutsche am Spieltisch und kaute Fleisch. Plötzlich begann es Würgbewegungen zu machen, so dass die Eltern glaubten, das Kind hätte einen Knochen verschluckt. Die Mutter ließ mit dem Kinde auf dem Arm zum Arzte, der Krämpfe constatirte. 6 Stunden war das Kind bewusstlos, steif. Als das Bewusstsein wiederkehrte, bestand Lähmung auf der linken Seite, die Sprache war nicht gestört. Psychisch schien das Kind verändert, sehr erregt, verlangte wild Kartoffel, Bonbons, „wie vom Teufel besessen“.

Die Lähmung besserte sich allmälig.

Im 6. Lebensjahr traten zunächst vereinzelt, später öfter Schwindelanfälle auf. Seit Eintritt der Periode auch Krampfanfälle.

In der Töchterschule kam Pat. wenig vorwärts, später war sie zu Hause, hat nur gegen den Willen der Eltern Dienst genommen, aber in 10 Tagen dreimal gewechselt.

Seit dem 22. Lebensjahre der Pat., seit 1891 traten ferner Attacken von Ueberempfindlichkeit auf, wo sie den ganzen Tag schrie, überhaupt wenn man sie nur anrührte. Solche Attacken dauerten einige Tage bis Wochen, während welcher Zeit Pat. zu Bett lag. Zu diesen Angaben der Eltern und Geschwister erzählt Pat. selbst noch anamnestisch, dass in Folge der „Schlagberührung“ auch das Gehör und das Gefühl bei ihr linkerseits herabgesetzt sei.

In die Anstalt kommt Pat. mit folgendem körperlichen Befund (November 1894):

Pupillen l. $>$ r., RL und RC. $+$. Linke Nasenlippenfalte seichter als rechts. Im linken Arm ist die rohe Kraft erheblich schwächer als rechts. Die Beweglichkeit, besonders die Beugung des 3. und 4. Fingers, merklich beschränkt. Umfang der Unterarme links 23 cm, rechts 24 cm. Das linke Bein schleppt ein wenig. Gehör rechts normal, links Uhr ticken nur ganz nahe dem Ohr vernommen. Die Sensibilität zeigt heute auf der linken Körperhälfte keine Abweichung von der rechten.

10. Februar 1895. Die linke Körperhälfte heute genau bis zur Mittellinie hyperalgetisch. Linksseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung.

14. Februar. Stecknadelkuppe und -Spitze auf beiden Körperhälften mit gleicher Sicherheit unterschieden, ebenso der Distanzabstand zweier Spitzen. Stechen von geringster Intensität wird auf der linken Seite bis zur Mittellinie äusserst schmerhaft empfunden.

15. Februar. Macht einen Erwürgungsversuch.

1. Mai. Linksseitige Hyperalgesie betrifft heute nur den linken Unterschenkel bis zum Knie.

16. Mai. Hyperalgesie des ganzen Körpers. Klagt über Reissen. Auffallende (sexuelle?) Neigung zur Oberpflegerin.

20. Juni 1895. Klagt über Schmerzen in allen möglichen Stellen des Körpers, welche bald hier, bald dort als besonders heftig bezeichnet werden. Nach

Behandlung mit starken galvanischen und faradischen Strömen will Patientin stets grosse Erleichterung der Schmerzen verspüren.

1. Juli. Liegt mit Hyperalgesie des ganzen Körpers zu Bett, könne vor Schmerzen nicht gehen. Suggestiv leicht zu beeinflussen.

15. Juli. Sehr überhebend, erregbar gegen die Mitkranke, lügt und fabelt häufig. In der Folgezeit braucht eine von einer Mitkranke im Streit ihr zugefügte Bisswunde an der rechten Hand 4 Monate bis zur Heilung, während welcher Zeit auch die Narbe am Fussrücken einmal wieder aufbricht.

December 1895 und Februar 1896 lassen sich keine Sensibilitätsstörungen nachweisen. Das psychische Verhalten ist äusserst labil, mehrfache Isolirungen. Patientin misshandelt und stiehlt, ist nachher stets völlig unschuldig.

März 1896. Inconstante Druckpunkte. Kein Anfall durch Druck auslösbar.

Epileptische Anfälle waren in den ersten 10 Wochen des Anstaltsaufenthalts 9 mal beobachtet. In der Folgezeit unter Bromkali die Anfälle äusserst selten mit Pausen bis zu 10 Monaten. Es waren zumeist Krampfanfälle von typisch-epileptischem Charakter. Kommt gelaufen: „mir wird schlecht, ich bekomme einen Anfall.“ Unmittelbar darauf starr am ganzen Körper, Zuckungen. Gesichtsfarbe blauroth, blutiger Schaum vor dem Munde. Dann starkes Röcheln. Nach 3 Minuten hört der Anfall auf. Gesichtsfarbe blass. Patientin verfällt in tiefen Schlaf. Nach dem Erwachen gereizte Stimmung. Patientin selbst erzählt bezüglich der Aura, dass sie ein Kribbeln in der linken Brustseite, linken Schulter, linkem Arm und linker Kopfhälfte verspüre. Dies Kribbeln dauere kaum eine Minute; dann verliere sie das Bewusstsein. Nachher habe sie heftiges Kopfreissen.

April auf Urlaub bei den Eltern. Hat zu Hause einen Tobanfall gehabt, 3 Stunden lang geschrien und sich umhergewälzt, so dass die Eltern sie nicht halten konnten.

14. Juli Sensibilität intact.

5. August ist ein epileptischer Anfall mit Bettässen und nachfolgendem Kopfschmerz beobachtet. Patientin nimmt seit einiger Zeit kein Brom mehr.

Am 21. September beginnt eine Serie von 7 Tage lang sich wiederholenden Anfällen, welche unter Entwicklung einer hypostatischen Pneumonie zum Tode führt.

24. September. Seit dem 21. täglich Anfälle epileptischer Natur, an die sich jedesmal noch solche hysterischen Charakters anschlossen. Weil durch Gegenwart von Menschen anscheinend diese Folgezustände unterhalten werden, wird die Patientin heute tags über isolirt.

26. September. Noch immer Tag und Nacht schwere epileptische Krampfanfälle, zwischen denen Patientin zeitweise für längere Zeit ohne Bewusstsein bleibt.

29. September. Gestern am Tage 13 schwere epileptische Anfälle, dauernd bewusstlos. Nachts 3 Anfälle. Heute früh ohne Bewusstsein. Tiefe Lippenbisse. Menses. Keine Anfälle am heutigen Tage und überhaupt bis zum Tode nicht mehr.

Schluckt nur selten flüssige Nahrung. Abends 38,1°.

Es entwickelt sich eine hypostatische Pneumonie, an der am 3. October der Exitus letalis eintritt.

Obductionsbefund: Die rechte Grosshirnhalbkugel ist schmäler und kürzer als die linke.

Pia beiderseits verdickt, lässt sich glatt abziehen.

Die Windungen der linken Hemisphäre sind breit und glatt, diejenigen der rechten halb so breit wie links. Die linke Hemisphäre wiegt 470 g, die rechte 320 g. Beide Seitenventrikel eng, rechts mehr als links. Ependym feinkörnig. Eine auffallende Verkleinerung des Corpus striatum ist nicht zu bemerken, dagegen ist der rechte Thalamus opticus auf $\frac{1}{3}$ reducirt. Weisse Substanz rechts fester anzufühlen, Rinde schmäler als links. Rechtes Ammons-horn ist schmäler und fühlt sich hart an. Rückenmark ohne Besonderheiten.

Linke Lunge mit Ausnahme des vorderen Obertheils des Oberlappens dunkelbraunroth und consistent, Unterlappen von noch derberer Consistenz, in seinen untersten Partien völlig luftleer. Rechte Lunge bietet denselben Befund.

Epikrise: Es handelt sich hier wie bei der folgenden Patientin No. 24, Johanna H. (494) um cerebrale Kinderlähmung. Die anatomische Ursache der Kinderlähmung finden wir in der erheblichen Hypoplasie der rechten Grosshirnhalbkugel. Seit dem 6. Lebensjahre besteht Epilepsie. Für die Echtheit der epileptischen Anfälle enthält die mitgetheilte Krankengeschichte vielfache Beweise. In ausserordentlich klarer Weise können wir in diesem Falle verfolgen, wie sich der Epilepsie später die Hysterie hinzutaddirt. Seit dem 22. Lebensjahre sind den Angehörigen Perioden im Befinden der Patientin aufgefallen, in denen sie überempfindlich ist. In der Anstalt können wir solche Attauen von Hyperalgesie verfolgen und bei ihrem Wechsel, in ihrer zeitweisen Begrenzung auf genau eine Körperhälfte oder auf ein Glied, schon aus diesen Sensibilitätsstörungen die Diagnose „Hysterie“ stellen. Dazu kommt der labile, lügnerische Charakter und die ausserordentliche Suggestibilität der Kranken. Endlich, allerdings ganz vereinzelt, hysterische Krampfanfälle. Vielleicht müssen wir schon in dem Tob-anfall zu Hause, April 1896, einen hysterischen Anfall erkennen. Aerztlich beobachtet sind nur die hysterischen Anfälle, welche in der zum Tode führenden Serie epileptischer Krampfanfälle in den ersten Tagen regelmässig an die epileptischen sich anschlossen. Leider ist die Schilderung, die wir über diese interessante zeitliche Folge besitzen, etwas knapp.

Jedenfalls ist ganz sicher, dass es sich um echte epileptische Anfälle und nicht nur um eine initiale epileptoide Phase von hysterischen Anfällen gehandelt hat. Denn die epileptischen Anfälle wurden mit jedem Tage schwerer, gingen mit tiefen Lippenbissen einher und führten

schliesslich durch die dauernde Bewusstseinstrübung zu hypostatischer Pneumonie und zum Tode.

Soviel scheint ferner ersichtlich, dass Patientin regelmässig nach dem epileptischen Anfall das Bewusstsein wieder erlangt hat, ehe der hysterische folgte. Sonst hätte doch der psychische Einfluss der Umgebung nicht für den Eintritt der hysterischen Folgezustände verantwortlich gemacht werden können.

Es entspricht also auch dieser, in unseren Beobachtungen so seltene Fall, dass hysterische Anfälle den epileptischen zeitlich nahe folgen, durchaus noch nicht der Schilderung von Gowers, welcher fast alle hysterischen Anfälle in unmittelbarer Continuität aus einem kurzen epileptischen petit und grand mal-Anfall hervorgehen lässt. —

Auch in dem nächsten, noch in Behandlung befindlichen Falle handelt es sich um das Vorkommen von Epilepsie und Hysterie bei cerebraler Kinderlähmung.

No. 24. Johanna H. (494), ohne Beruf, geb. 1878, in Beobachtung seit 1886.

Der Fall ist bereits von Koenig, der die Patientin in der Dalldorfer Idiotenanstalt beobachtet hat, unter der Diagnose „Idiotie, Epilepsie, Hysterie“ beschrieben worden. Wir geben deshalb die Krankheitsgeschichte in ihrem ersten Theile möglichst wortgetreu nach Koenig wieder.

Cerebrale Kinderlähmung und Epilepsie seit 3. Lebensjahre. Später auch hysterische Krampfanfälle.

Vater epileptisch und Potator. Eins der Geschwister starb an „Kopfkrämpfen“, fünf andere sind schwach begabt. Schwangerschaft, Geburt normal. Sprechen und Gehen spät. Im Alter von 3 Monaten fing Pat. an abzumagern. Im 3. Lebensjahr 1. Krampfanfall. Die Krämpfe waren damals rechtsseitig Pat. lag einen Tag zu Bett, war heiß wie gekocht; der 2. Anfall nach 4 Wochen wieder mit rechtsseitigen Krämpfen. — Wir geben des weiteren im Wesentlichen die Schilderungen Koenig's.

Für die folgenden Jahre werden von der Mutter 2 Arten von Anfällen unterschieden: Die einen gehen mit Bewusstseinsverlust, Zungenbiss und Enuresis einher; die Zuckungen fangen bald in den rechten, bald in den linken Extremitäten an und gehen dann auf die andere Seite über.

Bei der zweiten Art der Anfälle fällt Pat. plötzlich um und liegt einige Minuten lang ohne Bewegung da, ohne cyanotisch zu werden. Diese Anfälle merkt Pat. im Voraus; sie bekommt Herzschlag und Angst; diese „leichten“ Anfälle kommen öfter als die „schweren“. Seit dem 6. Jahre zittert Pat. mit der rechten Hand und isst mit der linken; das Zittern trat ganz plötzlich auf. Seit dem 10. Lebensjahr verzieht Pat. den Mund beim Öffnen nach links.

Status praesens im 13. Lebensjahr, 1890: Pat. zeigt einen mittleren Grad von Idiotie; sie ist ihrem Alter entsprechend gross und gut genährt; die inneren Organe normal. Leichte Asymmetrie im Bau des Schädels, Stirn etwas

vorgewölbt. Rechter Mundwinkel hängt eine Spur. Pat. innervirt beim Sprechen und Lachen links stärker als rechts. Die Zunge liegt etwas schief nach links um ihre Längsachse gedreht und macht Spontanbewegungen.

Pupillen rechts = links, reagiren prompt auf Licht, A.B. frei, Augenhintergrund normal. Sn 12 wird in 6 m gelesen. Gesichtsfeld nicht zu perimetrieren; bei grober Prüfung zweifelhafte Einschränkung. Die Sprache normal. Händedruck links vielleicht etwas stärker. Rasche Fingerbewegungen werden rechts etwas langsamer und ungeschickter ausgeführt als links. Im rechten Ellbogen-gelenk besteht eine deutliche Erschlaffung der Gelenkbänder; man kann z. B. den Vorderarm übermäßig stark proniren. Beim Fingernasenversuch zeigt sich in der rechten Hand eine deutliche Unsicherheit.

Beim Gehen wird das rechte Bein (wegen eines Clavus unter der rechten-grossen Zehe?) geschont, sonst ist der Gang normal. Pat. steht auf dem rechten Bein ebenso gut wie auf dem linken; kein Romberg. Umfang beider Oberschenkel 41 cm. Auch in den unteren Extremitäten keine Spasmen. Kniephänomene beiderseits gleichmässig stark, nicht gesteigert. Geruch und Geschmack beiderseits vorhanden. Allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, keine Druckpunkte. Rachenschleimhautreflex vorhanden. Hypnotisirungsversuche misslingen.

Pat. giebt an, dass sie nach den Krämpfen immer rechtsseitig gelähmt sei (!). Nach Angabe der zuverlässigen Lazarethwärterin treten die Krämpfe nicht einseitig auf.

Fordert man Pat. auf, mit der rechten Hand zu schreiben, so bekommt sie einen so starken Tremor, dass sie keinen Buchstaben fertig bekommt, während sie mit der linken Hand leidlich schreibt. Der Tremor in der rechten Hand tritt auch auf, wenn Pat. einen Gegenstand fest anfasst.

Nach Angabe der Wärterin soll Pat. früher (vor 5 Jahren) die rechte Hand beim Essen, Nähen und Stricken ganz geschickt gebraucht haben; auch schreiben konnte sie früher rechts.

3. April 1890. Pat. hatte heute einen Anfall; sie soll um sich geschlagen und nachher Zittern in der rechten Hand gezeigt haben.

5. April. Bekommt heute in Gegenwart des Arztes einen Anfall: Pat. schreit, zuckt mit allen Extremitäten, keine Cyanose, kein Zungenbiss, keine Enuresis, aber vollständige Bewusstlosigkeit. Pupillenreaction deutlich. Nach dem Aufhören der Zuckungen blieb Pat. ca. 10 Minuten lang in einer Art kataleptischen Zustandes; dabei hält sie den rechten Arm hoch erhoben; dieser lässt sich auch unter Anwendung von Gewalt nur wenig flectiren.

Bei später wiederholt beobachteten Anfällen nahm Pat. einige Minuten lang nach Aufhören der Zuckungen stets eine theatralische Position ein: den rechten Arm nach vorn oben, den linken nach hinten unten gestreckt. Nach diesen Anfällen machte sich weder ein Intentionszittern im rechten Arm, noch ein Spasmus im linken Facialisgebiet bemerkbar.

Vor einem der Anfälle fiel es gelegentlich auf, dass Pat. den Kopf etwas gezwungen nach der linken Seite hielt.

Soweit die Koenig'schen Beobachtungen.

1893 wurde Pat. nach Wuhlgarten überführt.

August 1895. Aus dem Status praesens: Der rechte Arm ist im Ellbogen-gelenk mit leichter Contractur hyperextendirt. Im rechten Handgelenk besteht Volarflexion. Die Finger sind im Metacarpo-phalangealgelenk hyperextendirt. Der rechte Fuss ist nach innen flectirt, Bewegungen im rechten Fussgelenk sind erheblich ungeschickter als links; rechter Unterschenkel 32 cm, linker 35 im Umfange.

Einer von uns beobachtet am 2. Aug. folgenden epileptischen Anfall: Kein initialer Schrei, Muskelstarre in allen Gliedern und am Halse. Augäpfel parallel nach rechts oben gerichtet. Pupillen ad maximum dilatirt, dann Zuckungen in allen Gliedern (beiden Armen, beiden Beinen). Nachdem dieselben aufgehört haben, liegt Pat. benommen da. Von Zeit zu Zeit folgen noch vereinzelte linksseitige Zuckungen. Das letztere Stadium dauert über 5 Minuten, dann kommt Pat. allmälig wieder zu sich.

18. November. Menses. Erregung, weil Pat. keinen Besuch gehabt hat. Gehäufte Anfälle, der 5. am Tage verläuft folgendermaassen (eigene Beobachtung): Durch einen langgezogenen Schrei wird der Arzt ins Zimmer gerufen und findet die Pat. im Bett sitzend, die Beine über Kreuz gelegt und fest an den Leib gezogen; die Arme gleichfalls angezogen, den Kopf auf die Brust gebeugt. In dieser Stellung rollt sich Pat. unter Stöhnen hin und her. Nach einer Weile gesellen sich zu diesen coordinirten Bewegungen langsame stossweise Zuckungen des linken Armes und des linken Beines. Nach etwa fünf Minuten scheint Pat. zu sich zu kommen, drängt in ungestümen Bewegungen aus dem Bett und ist von 2 Pflegerinnen mit Mühe zu halten. Man hört dabei von ihr das Wort „Durst“. Wasser, das ihr gereicht wird, trinkt sie. Während des Trinkens beginnen im raschem Tempo Zuckungen der linksseitigen Oberarmmuskulatur. Nachdem letztere bald aufgehört haben, beginnt Pat. Brechbewegungen zu machen. Noch einmal rasche Zuckungen der linken Oberarm-, insonderheit der Beugemuskulatur, dann legt sich Pat., müde und verstört aussehend, längs hin.

Anfälle der eben beschriebenen Art — hysterische — kommen heute (wie in den nächsten Tagen) noch mehrfach zur ärztlichen Beobachtung, sie sind im Gegensatz zu den rein epileptischen immer von initialem Schrei eingeleitet, oft ruft Pat. vorher „Tante“ (Pflegerin).

19. November. Ein Anfall, wie gestern verlaufend. Während des Zusammenrollens des Körpers fasst sich Pat. einmal an ihre grosse Zehe. Während der folgenden Zuckungen der linksseitigen Extremitäten und des linken Facialis stehen rechter Arm und rechtes Bein in Beugestellung angezogen, dann Verwirrungszustand, greift den umstehenden Personen in die Taschen. Als ihr ein Taschentuch gereicht wird, scheint sie befriedigt, steckt dasselbe in den Schlitz ihres Unterrocks.

20. November. Auch heute während der linksseitigen Zuckungen, welche den Rollvorgängen folgen, tonische Beugestellung der rechtsseitigen Glieder.

16. September 1897. Ein anderer ärztlicher Beobachter notirt: Viele Anfälle, es ist auffällig, dass sie oft in Gegenwart des Arztes einen Anfall

bekommt. Es hat den Anschein, als ob Patientin dem Ref. nachlief, um in seiner Gegenwart lautlos hinzuschlagen. Patientin fällt dabei immer in eine sitzende Stellung (cfr. wie oben beschrieben) hinein. Keine Verletzungen, bei den Zuckungen ist die linke Seite hauptsächlich betheiligt (wie oben).

In psychischer Beziehung hatte sich Patientin zu einer unaufhörlich streitsüchtigen Kranken ausgewachsen, welche fälschlich Pflegerinnen und Mitkranken der Misshandlung beschuldigt etc. Im letzten Jahre ist sie etwas ruhiger geworden.

Im Sommer 1902 ergeben Nachforschungen über die Art der Anfälle das Resultat, dass die hysterischen Attauen seit längerer Zeit ganz aufgehört haben und dass nur noch die epileptischen fortbestehen und diese fast ausschliesslich Nachts.

Epikrise: Die epikritische Durchmusterung vermag bei diesem so vielseitig beobachteten Falle in das anscheinende Wirrwarr der klinischen Erscheinungen wohl einige klärende Ordnung zu bringen.

Zweifellos liegt anatomisch eine organische Früherkrankung des Gehirns vor, welche klinisch dem Bilde der cerebralen Kinderlähmung entspricht.

Wir glauben nicht, dass zeitlich dem ersten Anfalle mit rechtsseitigen Krämpfen im 3. Lebensjahr ein acuter Beginn der organischen Läsion gleichzusetzen wäre. Bei einer acut-infectiösen, meningitischen, encephalitischen oder sonst wie auch immer gearteten Herderkrankung wäre das Kind kaum am Tage nach dem Beginn der Erscheinungen der Krämpfe munter wieder aufgestanden. Wir nehmen vielmehr an, dass bei dem erblich schwer belasteten Kinde ein fötal oder in den ersten Lebensmonaten einsetzender schleichender Process sich etabliert hat, (Gliawucherung mit örtlichem Untergang resp. Entwicklungshemmung nervöser Elemente in der linken Hemisphäre?).

Auf dieser organischen Grundlage entwickelt sich im 3. Lebensjahr Epilepsie. Soweit die ärztliche Beobachtung der epileptischen Anfälle überhaupt eine Differenz der motorischen Entladungen erkennen lässt, fällt Ueberwiegen der linksseitigen Zuckungen (auf der nicht gelähmten Seite) auf. Nach Koenig's Erfahrungen, die wir bestätigen können, findet das einseitige Ueberwiegen der Zuckungen bei cerebral gelähmten Epileptischen nur gelegentlich statt und dann zumeist auf der gelähmten Seite.

Bei derselben Patientin werden nun seit dem 13. Lebensjahr auch hysterische Krampfanfälle beobachtet. An der Berechtigung dieser schon von Koenig gestellten Diagnose konnte für die damals beobachteten Anfälle kein Zweifel sein. Dass auch die Anfälle vom 18. November 1895 den hysterischen zugehören, war nun nach dem Verlauf der Anfälle, ihrem Auftreten nach Erregungen, am Tage, in Gegenwart des

Arztes schon naheliegend. Aber auch wer zunächst noch bei diesen Attauen ohne Kenntniß der voraufgegangenen hysterischen Anfälle an atypisch-epileptische Attauen denken möchte, den musste die That-sache für Hysterie überzeugen, dass die „abweichenden“ Anfälle jetzt schon mindestens auf Jahresfrist völlig aufgehört haben, während die sonstigen epileptischen Anfälle in unverminderter Zahl fort dauerten.

Aufmerksam machen möchten wir noch auf den Umstand, dass bei dieser rechtsseitig gelähmten Person im hysterischen Krampfanfall nur die linksseitige Muskulatur zuckte. Im epileptischen Krampf wurde die beiderseitige Muskulatur tonisch und clonisch stark ergriffen und nur ein gelegentliches Ueberwiegen (Nachzuckungen) auf der linken Seite beobachtet. —

Die nächste Beobachtung soll als Beweis dafür dienen, dass auch im späten Lebensalter sich zu einer schon lange bestehenden Epilepsie noch Hysterie hinzugesellen kann:

No. 25. Karoline Pr, geb. G. (623), Arbeiterfrau, geb. 1832, in Beobachtung (m. k. U.) seit 1894.

Frühepilepsie (seit 24. Lebensjahr), die ersten hysterischen Episoden im 54. Lebensjahr beobachtet. Sie treten nur nach Erregung auf.

Heredität angeblich nicht vorhanden.

Epilepsie seit dem 24. Lebensjahr (erster Schwangerschaft). Im Laufe der Jahre erhebliche Gedächtnisschwäche und Erregbarkeit. In der Anstalt fällt 1894 eine lange dauernde Verstimmung auf (wegen der Kost- und Freiheitsbeschränkung in der Anstalt). Epileptische Anfälle 1—6 im Monat, zum Theil sehr schwer. 1895, als Patientin aus Wuhlgarten entlassen war, wurden von der Tochter zum ersten Male Anfälle anderer Natur (Schreikrämpfe) beobachtet, die nach Erregungen auftraten, in denen Patientin mit hohlem Rücken in die Höhe geschleudert wurde. Sie hörte, was während dieser Anfälle gesprochen wurde und konnte es nachher sagen.

Bei einem neuerlichen Aufenthalt in Wuhlgarten 1896 ein zweitägiger postepileptischer Verwirrungszustand, leicht reizbar und heftig.

1. December 1896: Sehr erregt, als ihr ein Messer fortgenommen war, 3 hysterische Anfälle.

2. December. Lebensüberdrüssig. 2 hysterische Anfälle.

Diese hysterischen Anfälle beginnen mit ganz kurzer Aura, einem eigenartigen Gefühl im ganzen Körper. Dann beginnt der ganze Körper zu zittern, das Gesäß wird mehrmals auf- und niedergeschleudert, Patientin stöhnt dabei, fasst sich in die rechte Unterbauchgegend. In der Gesichtsmusculatur tonisch-clonischer Krampf. Patientin hört alles, kann keine Antwort geben, wie sie nachher erklärt, weil es ihr den Hals zuschnürt.

26. Januar 1897. Ist von einer anderen Patientin Nachts vor die Brust gestossen worden. Morgens früh ein Schreikrampf. Bei der Visite gänz-

lich aufgelöst. Spricht mit leiser Stimme: „ich habe den Todesstoss bekommen“.

28. Januar. Liegt noch matt, fast unbewegt, mit dem Gebahren einer Schwerkranken: „der liebe Gott hat mir die Grabestür geöffnet“.

4. Februar. Nimmt für das Leben Abschied von der sie besuchenden Tochter, giebt ihr Sachen mit.

5. Februar. Schreikrampf.

Bleibt in den nächsten Wochen besonders erregt und erreicht von der Tochter, dass sie aus der Anstalt genommen wird.

Epikrise: Wenn die Anamnese richtig ist, d. h. wenn der Bericht der Patientin bezw. der Tochter uns nicht etwa über hysterische Erscheinungen im früheren Lebensalter im Stiche lässt, haben wir hier die eigenthümliche Sachlage vor uns, dass bei einer seelisch sehr labil gewordenen Frühepileptica im 54. Lebensjahr zum ersten Male hysterische Anfälle auftreten, welche sich dann, immer nach psychischen Erregungen noch öfters wiederholen.

Neuerdings hat Herrmann zwei ähnliche Fälle veröffentlicht, in denen nach viele Jahre hindurch beobachteter Epilepsie im späteren Alter bizarre hysterische Krampf- und Lähmungserscheinungen episodisch auftraten. —

Eine eigenartige, wenn auch mehr zufällige, ursächliche Beziehung zwischen Epilepsie und Hysterie besteht in dem folgenden Falle, der sich überdies noch durch interessante Erscheinungen an den Pupillen auszeichnet.

No. 26. Elisabeth S. (2237), geb. 21. November 1872. In Beobachtung seit 25. August 1899.

Epilepsie und Hysterie; hysterische Krämpfe mit und ohne erhaltener Lichtreaction, auslösbar durch Druck auf eine im epileptischen Anfall entstandene schmerzhafte alte Brandnarbe am linken Arm. Auch ohne Anfall bei Druck auf die Narbe vorübergehend Mydriasis und minimale Lichtreaction.

Heredität: Mutter war „nervös“, litt an Migräne.

In der Kindheit ausser länger dauernder „Darmentzündung“ im wesentlichen gesund, insbesondere keine Zahnkrämpfe oder Ohnmachten, im späteren Leben weder Pottus noch Lues. In der Schule mässig gelernt, kam aber bis zur 1. Klasse der Gemeindeschule. Im 14. Lebensjahr, ungefähr gleichzeitig mit dem Eintritt der Menses zum ersten Mal Krämpfe, die zunächst nur zur Zeit der Periode, später auch ausserhalb derselben wiederkrehrten und von der Kranken selbst, sowie ihrer Umgebung übereinstimmend als epileptisch geschildert werden. Sie traten bei Tag und Nacht auf, begannen am Tage mit plötzlichem Schwarzwerden vor den Augen, Pat. stürzte zu Boden, war völlig

bewusstlos, nach einem schnell vorübergehenden tonischen Stadium traten kurze klonische Zuckungen am ganzen Körper auf; die Gesichtsfarbe war dunkel bis blauroth; nach den Anfällen, die nur wenige Minuten dauerten, war sie meist längere Zeit verwirrt und zeitweise sehr erregt; einmal hat sie nach einem Anfall versucht, ihre Stiefmutter zu erwürgen; nachdem sie zu sich gekommen, bestand völlige Amnesie dafür; bei den nächtlichen Anfällen, von denen die Kranke selbst nichts merkte, schlief sie meist ruhig weiter. Wiederholt hat sie bei diesen Anfällen eingenässt, sich auf die Zunge gebissen oder sich auch Sugillationen am Kopf zugezogen. Ausser diesen Krämpfen traten seit ihrem 16. Jahre öfters schnell vorübergehende ohnmachtsartige Schwindelanfälle mit Erblassen des Gesichts und kurzer Bewusstlosigkeit auf. Auch während der Anstaltsbeobachtung hat die Kranke häufig — gelegentlich täglich mehrmals — Anfälle gehabt, die obiger Schilderung entsprechen, besonders zahlreich waren die Schwindelanfälle. Eine Aura, insbesondere irgendwelche abnorme Sensationen im linken Arm, wurden nie bemerkt. Einmal gerieth sie durch Verschlucken ihres künstlichen Gebisses in einem schweren Krampfanfall in Erstickungsgefahr.

Im Jahre 1894 hat sie dadurch, dass sie im Anfall bewusstlos gegen ein heisses Heizrohr fiel, sich schwere Brandwunden am linken Arm zugezogen. Sie befand sich damals im Ankleideraum der Fabrik, in der sie beschäftigt war; sie weiss, dass ihr schlecht wurde, und dass sie das Bewusstsein verlor; als sie wieder zu sich kam, befand sie sich im Comtoir mit einem Verband um den Arm und erfuhr von ihren Mitarbeiterinnen, dass sie Krämpfe gehabt habe und gegen das Heizrohr gefallen sei.

Seitdem ist sie in der Bewegungsfähigkeit des linken Armes und damit in ihrer Erwerbsfähigkeit so weit beschränkt, dass sie eine Unfallsrente von 25 pCt. bezieht. Sehr bald nach dem Unfall nämlich traten heftige bis zur Schulter hinaufziehende Schmerzen im linken Arm auf, und der Arm selbst war fast völlig unbeweglich. Im Laufe der Jahre besserte sich die Bewegungsfähigkeit etwas, die Schmerzen, und zwar spontan und auf Druck sich noch steigernd, bestanden fort. Bald nach dem Unfall bemerkte Pat. auch, dass Krämpfe im linken Arm austraten, wenn sie sich an die zurückgebliebene Brandnarbe stiess, oder wenn heftig darauf gedrückt wurde.

Im März 1899, als sie sich wegen ihrer Anfälle in der Charité befand, stellte sich eine mit linksseitiger Hyperästhesie und Hyperalgesie einhergehende, spastische Parese des linken Beines ein, die nach Faradisation sofort schwand. Damals wurden auch zum ersten Male neben epileptischen Anfällen ärztlicherseits Anfälle „hysterischen Charakters“ beobachtet, bei denen auf der Höhe des Anfalls die Pupillen weit und lichtstarr waren und beim Nachlassen des Anfalls wieder reagirten. Bei Druck auf die Narbe trat „ein Schüttelkrampf des linken Armes bei vollem Bewusstsein“ ein.

Aus dem körperlichen Befunde bei dem Eintritt in Wuhlgarten ist Folgendes hervorzuheben:

Leichte Asymmetrie des Gesichtsschädels, rechte Hälfte < linke.

Linke Ohrmuschel auffallend abstehend und 0,7 cm länger als die rechte (7,0 und 6,3 cm). Schädel nirgends auf Percussion oder Druck empfindlich.

Pupillen gleich und mittelweit.

Licht- und Convergenzreaction prompt.

Gesichtsfeld nicht eingeschränkt.

Patellarreflexe beiderseits gleich, aber sehr lebhaft.

Linksseitige Ovarie. Druckpunkte über der linken Scapula und oberhalb der linken Mamma. Spitz und stumpf wird überall gut unterschieden, die Schmerzempfindlichkeit ist am ganzen linken Arm lebhaft gesteigert, sonst normal.

Am linken Unterarm auf der Beugeseite befinden sich 2 quer verlaufende strahlige, weisslich glänzende Hautnarben, deren grösste Länge 9,0 bzw. 5,0 und deren grösste Breite 4,0 bzw. 1,5 cm beträgt; schon die leiseste Berührung dieser Narben wird als excessiv schmerhaft bezeichnet; die Haltung des Armes, die Stellung der Hand und der Finger ist in der Ruhe eine normale; passiv sind alle Bewegungen in linken Schulter-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenken gut möglich, wenn auch lebhafte Schmerzensäusserungen dabei erfolgen, aktiv erfolgen aber alle Bewegungen in diesen Gelenken nur wenig ausgiebig und mit geringer Kraft. Der beträchtlichste Ausfall findet sich bei den Bewegungen im Schultergelenk; der linke Arm wird kaum über die Horizontale erhoben, die Bewegungen im Ellbogengelenk geschehen links fast ebenso gut wie rechts; etwas grösser — zu Ungunsten der linken Seite — sind dann wieder die Differenzen bei den Bewegungen in den distalen Gelenken. Händedruck am Dynamometer rechts 45, links 0. Im Uebrigen ist die Motilität nirgends gestört. Die später noch wiederholt vorgenommene Untersuchung hat im Wesentlichen den gleichen Befund ergeben, nur trat eine deutliche Besserung in der activen Beweglichkeit des linken Handgelenkes und der Finger auf, die jetzt fast normal ist; Muskelatrophien bestanden niemals und sind auch jetzt nicht vorhanden.

Die elektrische Untersuchung ergab keine Unterschiede zwischen rechts und links, insbesondere bestand keine E. A. R.

Bemerkenswerth ist, dass, wie wir noch zuletzt im Mai 1902 feststellten, bei Druck auf die Narben des linken Armes, auch wenn die Aufmerksamkeit der Kranken anderweit in Anspruch genommen wird, die vorher mittelweiten und prompt auf Lichteinfall reagirenden Pupillen sich beträchtlich erweitern und auch bei concentrirter elektrischer Beleuchtung fast starr sind, insbesondere ist an der linken Pupille nur bei grösster Achtsamkeit eine minimale Verengung wahrzunehmen, während die rechte etwas deutlicher, aber auch sehr träge und wenig ausgiebig sich verengt. Da die Kranke bei diesem Versuch über sehr grosse Schmerzen klagt und sich heftig sträubt, kann der Druck auf die Narbe nur ganz kurze Zeit ausgeübt werden; es scheint aber, als ob die Pupillenträgheit auch nach Aufhören des Druckes noch ganz kurze Zeit anhält, um dann schnell dem normalen Verhalten Platz zu machen.

Am 22. September 1899 trat am Schluss einer genaueren, ziemlich

lange dauernden körperlichen Untersuchung, bei der die Narbe wiederholt berührt und leicht gedrückt wurde, folgender Zustand ein:

Pat. schreit, während sie auf einem Stuhl sitzt, „ach, mein Arm“, stützt den linken Arm mit der rechten Hand; der linke Arm ist gestreckt, etwas erhoben, die Hand stark supiniert und ebenfalls gestreckt. Bei Versuchen, den Arm passiv zu beugen, fühlt man einen sehr beträchtlichen Widerstand, schon bei leisester Berührung erfolgen lebhafte Schmerzensäusserungen. Nach ca. 1 Minute lässt, während Pat. dauernd bei Bewusstsein ist, der Streckkrampf nach, Pat. klagt aber noch, dass es „im Arm so zucke und ziehe, jedoch sei der Schmerz nicht mehr so gross“.

Am 24. September 1899 wird Patientin bei der Morgenvisite aufgefordert, den gestreckten linken Arm zu beugen und dabei einen ganz geringen durch den aufgelegten Finger des Arztes gebildeten Widerstand zu überwinden. Während sie sich noch vergeblich bemüht, dieser Aufforderung nachzukommen, stösst sie plötzlich einen leisen Schrei aus und sinkt langsam in die Arme der hinter ihr stehenden Oberpflegerin; der ganze Körper wird steif gestreckt und in dieser tonischen Starre kurze Zeit erhalten, dann erschlafft der Körper, nur der linke Arm bleibt steif, gestreckt und kann nur mit Anwendung beträchtlicher Kraft vom Arzte gebeugt werden; dabei erfolgen keine Schmerzensäusserungen, Patientin ist anscheinend bewusstlos; klonische Zuckungen werden nirgends beobachtet. Die Gesichtsfarbe ist unverändert, die Augen sind geschlossen, leichtes Zwinkern mit den Augenlidern. Beim Versuch, die Lider zu öffnen, fühlt man einen deutlichen Widerstand, die Bulbi sind nach oben gedreht, die Pupillen nicht sichtbar. Die Atmung ist beschleunigt, oberflächlich, beim Durchstreichen der Lust durch die vibrirenden Lippen entsteht ein blasendes Geräusch. Kein Zungenbiss, kein Einnässen. Dauer des Anfalls ca. $1\frac{1}{2}$ Minute. Danach lag die Kranke noch 5 Minuten anscheinend schlafend auf der Krampfmatratze. Dann stand sie auf und setzte sich auf einen Stuhl. Eine halbe Stunde später sank sie dort schlaff zusammen, die hinzueilende Wärterin legte sie wieder auf die Matratze nieder. Sehr bald trat tonische Starre in allen 4 Extremitäten auf, worauf die Schulterblätter mehrfach gehoben wurden und in den Armen und Händen ein deutliches Zittern bemerkt wurde, der Kopf wurde unruhig hin und her geworfen; die Kranke wimmerte leise aber dauernd; dies dauerte ca. $1\frac{1}{2}$ Minute; nach einer Pause von 1 Minute begann derselbe Zustand wieder und nach abnormaler Pause von 1 Minute nochmals. Die Augen waren weit geöffnet, der Blick starr nach oben gerichtet; die Pupillen reagirten prompt. Auf leichte Nadelstiche zuckte Patientin zusammen. Gesichtsfarbe erschien unverändert, kein Zungenbiss, kein Einnässen. Nach dem Anfall blieb Patientin noch ca. 6 Minuten mit geschlossenen Augen liegen, erhob sich dann und setzte sich schweigend auf ihren Stuhl. Vom Anfall wollte sie nachher nichts wissen, ihr sei nur schlecht geworden.

Am 14. October trat während der elektrischen Untersuchung des linken Armes folgender Anfall auf: Sie schreit leise auf, dreht den Kopf nach links, die Augen sind weit geöffnet, die Pupillen weit, starr, der Mund ebenfalls ge-

öffnet, mit den Armen macht sie Abwehrbewegungen, stösst gegen den elektrischen Apparat; zupft dann an ihren Kleidern, antwortet nicht auf Fragen; bleibt während des ganzen, einige wenige Minuten dauernden Anfalls auf dem Stuhl sitzen; weiss nachher nichts vom Anfall, ist gleich wieder klar, so dass die Untersuchung fortgesetzt werden kann.

20. October. Am Abend wird die Schmerhaftigkeit der Narbe etc. einem anderen Arzte demonstriert. Es fällt dabei auf, dass die grell beleuchteten Pupillen ad maximum dilatirt sind, während die aller sonst Anwesenden eng sind. Patientin ist recht ängstlich, klagt schon bei leisester Berührung über grosse Schmerzen. Plötzlich stösst sie einen lauten Schrei aus, stürzt mit voller Wucht zu Boden, wobei sie mit dem Kopf gegen einen hinter ihr stehenden Schrank schlägt; tonische, dann klonische Zuckungen am ganzen Körper: Pupillen bleiben weit, sind lichtstarr. Auf Kitzeln und leichte Stiche auch in die Nasenschleimhaut keine Reaction. Dauer des Anfalls ca. 2 Minuten. Nachher ist Patientin noch kurze Zeit leicht verwirrt, sieht sich ratlos und scheu um. Am anderen Morgen will sie weder von dem Anfall noch von der vorangehenden Untersuchung etwas wissen.

Derartige Anfälle und anfallsartige Zustände, wie sie hier geschildert sind, wurden noch mehrfach in den ersten beiden Jahren ihres Anstaltsaufenthalts beobachtet; in der letzten Zeit gelang es nicht mehr durch Druck auf die Narbe einen Anfall zu provociren; bei derartigen Versuchen, welche die Kranke übrigens nur mit Widerstreben an sich vornehmen liess, und die daher nicht allzu oft wiederholt werden konnten, wurde die oben erwähnte maximale Pupillenerweiterung regelmässig beobachtet, jedoch reagirten diese erweiterten Pupillen in den letzten Monaten im Gegensatz zu früher stets prompt und ausgiebig auf concentrirte Beleuchtung. Die auch jetzt noch bestehenden Anfälle zeigen reinen epileptischen Typus.

Psychisch besteht eine deutliche Schwäche aller geistigen Functionen, insbesondere, ausser mässiger Gedächtnisschwäche, eine beträchtliche Urtheilslosigkeit und Einsichtslosigkeit; sie ist leicht reizbar, wenig verträglich; kommt gerne mit zahlreichen Klagen zum Arzt, zeigt ein deutlich erotisches, affectirtes und gespreiztes Benehmen.

Epikrise: Eine erblich gering belastete, seit der Pubertät an epileptischen Krämpfen leidende Person, die als Stigmata degenerationis Schiefheit des Schädelns und einseitige Makrotie an sich trägt, erleidet im 22. Lebensjahr in einem epileptischen Anfall eine Brandverletzung des linken Armes. Seitdem bestehen beständige Klagen und Beschwerden über diesen Arm, die nach Art und Sitz durch die relativ geringe anatomische Läsion an sich nicht erkläbar sind. Druck auf die zurückgebliebene Narbe oder auch ein sonstiger unbedeutender schmerzhafter Reiz an dem Arm löst krampfartige Zustände aus, die sich als Schüttel- oder Streckkrampf auf dem linken Arm allein localisieren oder auch zu einem allgemeinen tonischen oder tonisch-klonischen

Krampfzustand führen, bei dem die Kranke anscheinend bewusstlos ist, und bei dem die Pupillen entweder reagiren oder weit und lichtstarr sind. Auch ohne direkte Abhängigkeit von einem am Arm ausgeübten Reiz werden eigenartig verlaufende Anfälle beobachtet. Die Annahme, dass sich zu einer genuinen Frühepilepsie noch eine Reflexepilepsie hinzugesellt hat, hat etwas so Gezwungenes und findet in der Literatur so wenig eine Stütze, dass andere Erklärungsversuche, zumal auch bei den sicher epileptischen Anfällen eine irgendwie mit dem verletzten Arm in Beziehung stehende Aura fehlt, wohl am Platze sind. Und diese scheinen uns sehr nahe zu liegen, wenn wir denken an die mit halbseitigen Sensibilitätsstörungen einhergehende, nach Faradisation schnell schwindende spastische Parese des linken Beines, an die dauernd vorhandene linksseitige Ovarie sowie die über dem linken Schulterblatt und über der Mamma vorhandenen Druckpunkte, an das erwähnte Auftreten von eigenartigen Krampfanfällen mit erhaltener Pupillenreaction auch ohne Erregung der anscheinend epileptogenen oder richtiger hysterogenen Zone und schliesslich an die trotz deutlicher Demenz noch wahrnehmbare Geziertheit und Affectirtheit im äusseren Verhalten. Wir meinen, dass sich bei der Sch. in Folge des schweren, in einem epischen Anfall erlittenen Trauma eine Hysterie entwickelt hat.

Das auslösende Moment für die Hysterie wäre also hier direct die Epilepsie, aber nicht etwa in Folge irgend welcher näherer innerer Verwandtschaft beider Neurosen, sondern nach unserer Auffassung ist das Abhängigkeitsverhältniss ein rein zufälliges: das Trauma ist zufällig durch das Hinstürzen in einem epileptischen Anfall erfolgt, und nur das Trauma als solches ohne Rücksicht auf seine eigene Aetiologie hat die Hysterie ausgelöst. Dabei können und wollen wir natürlich nicht bestreiten, dass eine gewisse Prädisposition für die Hysterie vielleicht schon vorher vorhanden war bzw. durch das epileptische Krampfleiden vorher geschaffen war. Der Hysterie weisen wir insbesondere alle mit dem verletzten Arm in Beziehung stehenden oder von ihm auszulösenden Krankheitserscheinungen zu, sowie die mit erhaltener Lichtreaction einhergehenden Anfälle, wie sie am 24. September 1899 beobachtet sind. Dass bei einzelnen Anfällen, die durch einen peripheren Reiz am Arm ausgelöst waren, die Pupillen weit und lichtstarr waren, beweist nach den Beobachtungen von Karplus, Westphal u. A. nichts gegen ihre hysterische Natur.

Eine völlig ausreichende Erklärung für das Zustandekommen der hysterischen Pupillenstarre können auch wir nicht geben; immerhin scheint die von uns gemachte Beobachtung, dass, wenigstens zu gewissen Zeiten, maximale Erweiterung der Pupillen bei gleichzeitiger minimaler

Lichtreaction auch ausserhalb der Anfälle bei Druck auf die schmerzhafte Narbe auftrat, darauf hinzuweisen, dass auch die Mydriasis und Lichtstarre, die während der vom linken Arm aus ausgelösten Anfälle constatirt wurde, in naher Beziehung zu dem beiden Beobachtungen gemeinsamen Moment, d. h. dem schmerzhaften Druck auf den linken Arm steht. Wir möchten also für unseren Fall unter Anlehnung an Boettiger zur Erklärung des Phänomens die auch sonst bekannte Thatsache heranziehen, dass die Pupillen bei starken sensiblen Reizen sich erweitern, und dass bei jeder krampfhaften Erweiterung die Lichtreaction abnimmt, wenn sie auch nach Oppenheim in der Regel noch vorhanden ist. Wir würden damit zur Annahme eines reflectorisch bedingten Spasmus im Dilatator kommen. Leider machte, wie schon oben bemerkt, das widerstrebende Verhalten der Kranken eine systematische weitere Prüfung, zu welcher unsere Beobachtung aufforderte, nicht möglich, so dass wir glauben, von weiteren Hypothesen absehen zu müssen.

Zur Annahme einer traumatischen Hystero-Epilepsie als einer Mischform im Sinne Binswangers liegt nach unserer Auffassung kein Anlass vor. —

Nicht ganz einfach liegt auch der folgende Fall.

No. 27. Auguste G. (13), Arbeiterin, geb. 12. Juni 1857. In Beobachtung seit Mai 1900.

Epilepsie seit ihrem 6. Lebensjahr, hysterische Anfälle seit der Pubertät; bei letzteren sensible und motorische Aura im linken Arm; Anfälle auslösbar durch sensible Reize, vom Arm, aber auch von anderen Körpertheilen aus. Psychisch im Wesentlichen das Bild der Entartung.

Heredität. Bruder trinkt, lebt mit einer Schwester in blutschändlerischem Verhältniss zusammen. Pottus, Lues wird von der Kranken bestritten; ob mit Recht, ist sehr zweifelhaft, da sie einen sehr ungeordneten Lebenswandel geführt hat, hier wiederholt über Knochenschmerzen klagte und auch eine schwere Iritis durchgemacht hat. In der Schule schlecht gelernt, besuchte den Unterricht unregelmässig, da sie früh mitverdienen musste.

Später als Arbeiterin auf dem Lande und in verschiedenen Betrieben thätig, wechselte oft ihre Stellung, kam immer mehr herunter, wurde 1899 mehrfach wegen Landstreichen, Betteln und Nichtbeschaffen eines Unterkommens mit Haft und schliesslich mit 6 Monat Arbeitshaus bestraft.

Seit dem 6. Lebensjahr leidet sie nach ihren Angaben an Krämpfen, die ohne Vorgefühl ganz plötzlich auftreten, bei denen sie völlig bewusstlos ist, sich meist auf die Zunge beißt, und nach denen sie sich sehr matt und elend fühlt. Später, ungefähr seit dem 13. Lebensjahr, seit der Zeit, wo die ersten Menses sich zeigten, habe sie noch „andere Anfälle“ bekommen, die mit

Schmerzen im linken Arm und krampfhaftem Zusammenziehen der linken Hand begannen; erst dann werde sie bewusstlos, solle aber dabei laut schreien. Diese „anderen“ Anfälle kämen meist nur, wenn sie sich ärgere oder mit der linken Hand etwas fest anfasse oder sich am linken Arm stösse.

Am 10. Mai 1900, nachdem sie fast 5 Monate im Arbeitshause Rummelsburg zugebracht hatte, wurde sie wegen „Tobsuchtsanfälle“ der Irrenanstalt Herzberge zugeführt. Sie war dort dauernd ängstlich erregt, äusserte zahllose Vergiftungs- und Verfolgungsideen, hatte Geruchs-, Geschmacks- und Gehörs-täuschungen, verkannte ihre Umgebung in feindlichem Sinne, und war über Ort und Zeit nur mangelhaft orientirt; ihre Aufmerksamkeit war nicht zu fesseln, ihre sich überstürzenden sprachlichen Aeusserungen waren ohne inneren Zusammenhang, kamen aber immer wieder darauf zurück, dass sie nicht gestohlen habe, dass man sie nur irrsinnig machen wolle, dass sie sich aber nicht vergiften und todt machen lassen wolle. Als sie am 12. Mai in den Einzelraum gebracht werden musste, zerschlug sie 3 Fensterscheiben und verletzte sich leicht an der Hand, so dass ein Verband nöthig wurde; am 14. Mai wollte sie weder von dem Aufenthalt im Isolirzimmer, noch von ihrer Verletzung etwas wissen. „Ich bin selbst ganz erstaunt, woher ich das habe, . . . da haben Sie mir geschnitten, . . . es ist nämlich eine grosse Fleischerei hier.“

Am 21. Mai beschrieb sie aber das Aussehen des Absonderungsraumes ganz richtig und gab zu, die Fenster zerschlagen zu haben, damit sie herauskomme.

Am 18. Mai macht sie in Gegenwart der Pflegerin im Saal einen ziemlich umständlichen Erhängungsversuch, weil sie doch eine solch' unglückliche Person mit ihren Krämpfen sei. „Ich habe ja gar Niemand. Was soll ich denn gemacht haben, sagen Sie's mir doch; ich soll was gestohlen haben, ich habe doch Niemand nichts gethan.“

Am 20. Mai Abends hatte sie einen 5 Minuten dauernden Krampfanfall mit Einnässen und Zungenbiss; die Krampfbewegungen waren zuerst tonisch, dann clonisch.

Am 21. Mai kam sie in unsere Anstalt, wo sie die ersten Tage ein ähnliches Bild wie in Herzberge zeigte (ängstliche Erregung, Unorientirtheit, Be-einträchtigungsideen, Sinnestäuschungen).

Am 25. Mai 1900 erschien sie wesentlich ruhiger, wollte nicht wissen, wie oder weshalb sie nach Herzberge gekommen war und wollte überhaupt an den Aufenthalt dort nur eine ganz summarische Erinnerung haben. Auch beim Versuch, etwas Näheres über Entstehung oder Begründung ihrer Beeinträchtigungsideen zu erfahren, gab sie nur ausweichende Antworten: „Lassen sie nur; das kommt nur so von meinem schwachen Kopf“. Augenscheinlich wollte sie nicht recht mit der Sprache heraus. Spätere Versuche, retrospectiv etwas über ihren damaligen Erregungszustand in Erfahrung zu bringen, scheiterten ebenfalls, wir hatten aber nie den Eindruck, als ob die Kranke wirklich von alle dem nichts wisse. Bei der körperlichen Untersuchung am 25. Mai 1900, die übrigens einen durchaus normalen Befund ergab, traten beim Beginn der Sensibilitätsprüfung, als der linke Arm ganz leicht mit einer Nadel gestochen

wurde, schnell hintereinander 4 Anfälle folgenden Verlaufs ein: Pat. beugt und adducirt stark den Daumen der linken Hand, streckt den linken Arm im Ellbogengelenk ad maximum und abducirt und rotirt ihn leicht im Schultergelenk, die Lippen werden fest zusammengepresst; die Kranke sinkt langsam und vorsichtig zu Boden, der Kopf wird nach links und hinten gebeugt, der rechte Arm und die unteren Extremitäten geraten in starken Strecktonus; die Kranke stöhnt leise, Gesichtsfarbe ist kaum verändert, vielleicht etwas röther als vorher; die Pupillen reagiren prompt auf Lichteinfall; auf Anrufen reagirt sie nicht, zuckt aber auf tiefere Nadelstiche schmerhaft zusammen. Dieser Zustand dauert 1—2 Minuten, dann richtet sie sich auf, sieht suchend im Zimmer umher und versfällt von neuem in einen gleichen Anfall. Dies wiederholt sich schnell hintereinander 4 mal. Die Kranke wird dann zu Bett gebracht und die Untersuchung unterbrochen und erst am 2. Juni zu Ende geführt (vom 26. Mai bis 1. Juni bestanden Menses). Auch an diesem Tage trat sofort bei Beginn der Sensibilitätsprüfung, (diesmal auf leichte Stiche im Gesicht) ein gleicher Anfall wie am 25. Mai ein; nach 2 Minuten war die Kranke aber völlig klar, so dass die Untersuchung fortgesetzt werden konnte. Die Sensibilität (Unterschied von spitz und stumpf, Schmerzempfindung, Localisationsvermögen für leichte Pinselberührungen) erwies sich überall normal. Keine Ovarie, keine Druckpunkte; innere Organe gesund. Einige Tage später wurde auch noch von augenärztlicher Seite normaler Augenhintergrund festgestellt. In den ersten Tagen des Juni wurde noch einmal willkürlich ein Anfall von gleichem Verlauf wie oben beschrieben durch leichte Stiche in den linken Unterarm hervorgerufen. Die Kranke wusste, dass Nadelstiche einen derartigen Effect ausübten und sträubte sich daher gegen eine östere Wiederholung des Versuchs, blieb aber dabei, während des kaum 2 Minuten dauernden Anfalls bewusstlos zu sein; sie merke nur, dass der Daumen sich zusammenziehe, und dass sie dadurch Schmerzen habe, und verliere dann das Bewusstsein. Ist die tonische Starre nach ca. 2 Minuten vorbei — ein klonisches Stadium wurde nie beobachtet —, ist die Kranke sofort wieder klar und munter. Zungenbiss oder Einnässen wurde bei diesen Anfällen nie bemerkt.

Am 17. Juni 1900 war sie ohne ersichtlichen äusseren Anlass hochgradig gereizt, zankte und scandalirte auf der Abtheilung umher; behauptete, dass andere Kranken auf sie „spitzten“, man gönne ihr nichts hier, man wolle sie los werden etc. Bekam dann einen Anfall: Fiel um, warf sich unruhig auf dem Boden hin und her, machte mit den Füßen und Händen schlagende und stossende Bewegungen, schrie dabei während ca. 6 Minuten laut; die Pupillen verengten sich auf Lichteinfall. Dann stand sie auf, fing wieder an zu schimpfen, musste schliesslich isolirt werden und bekam im Einzelraum sehr bald einen gleichen Anfall.

11. August 1900. Zum ersten Male hier ein nächtlicher, nicht genauer beobachteter Anfall; am Morgen frischer Zungenbiss, sieht elend aus, fühlt sich sehr matt.

9. September 1900. Wieder ein nächtlicher Anfall; stiess einen kurzen, lauten Schrei aus; als die Pflegerin hinzukam, lag sie in klonischen Zuckungen,

die den ganzen Körper erschütterten, die Gesichtsfarbe war dunkelblauroth, vor dem Munde stand blutiger Schaum, die Augen waren weit geöffnet, die Pupillen erweitert, verengten sich nicht auf Lichteinfall. Die Kranke war bewusstlos; Dauer des Anfalls 2 Minuten; am Ende desselben schnarchende Atmung, schlief dann sofort weiter. Am Morgen sieht sie wieder sehr elend aus, fühlt sich sehr matt und schwach, bleibt im Bett; der Arzt constatirt einen frischen tiefen Zungenbiss.

6. März 1901. Nach einem Zank warf sie sich aufs Bett, schlug mit den Armen wild um sich, schrie ca. 5 Minuten lang dauernd, kniff die Augen fest zu, so dass Pupillenuntersuchung nicht möglich war. Aufgefordert aufzustehen, folgte sie sofort, ging mit sicheren Schritten auf einen Stuhl, war gleich wieder klar, sagte „nun ist es vorbei, mir war so schlecht.“

Derartige Anfälle, wie eben beschrieben, sind bei der Kranken bis jetzt in unregelmässigen Zwischenräumen immer wiedergekehrt, nur ist ihre Zahl im Ganzen dadurch etwas zurückgegangen, dass Anfälle, wie sie unter dem 25. Mai 1900, 17. Juni 1900 und 6. März 1901 beschrieben sind, in letzter Zeit seltener aufraten. Nächtliche Anfälle von gleichem Verlauf wie am 9. September 1900 traten monatlich 1—4 auf, wiederholt wurde dabei ärztlich ein frischer Zungenbiss constatirt. Druck auf den linken Arm löst auch jetzt noch Anfälle, wie am 25. Mai beschrieben, aus.

Psychisch bestand dauernd eine beträchtliche Schwäche aller geistigen Functionen, insbesondere auch des Gedächtnisses und der Urtheilsfähigkeit: Sinnestäuschungen wurden hier nicht sichergestellt, wohl aber klagte sie öfters über unbestimmte Angst und lebte beständig mit ihrer Umgebung im Conflit, da sie dauernd dazu neigte, harmlose Vorgänge in ihrer Umgebung in feindlichem Sinne auf sich zu beziehen, aus gleichgültigen Aeusserungen Anspielungen und „Spitzen“ gegen sich heraus hörte und sich überall zurückgesetzt und schlecht behandelt wähnte. Zu einem festen, in sich geschlossenen Wahnsystem ist es nicht gekommen. Dabei war sie selbst äusserst launisch, rechthaberisch, leicht gereizt und maasslos heftig, so dass es wiederholt zu schweren Erregungszuständen kam. Ihre Stimmung war stets eine sehr labile, oft sprunghaft wechselnde; auch ihre Antipathien und Sympathien änderten sich oft ganz unerwartet, ohne äusseren Anlass. Zu einer geregelten Beschäftigung war sie nicht zu bewegen, sie versuchte es einmal hier und da, hielt aber nirgends aus.

Epikrise: Auch bei dieser Kranken sind wir bezüglich der Anamnese nur auf ihre eigenen Angaben angewiesen, die keineswegs ganz lückenlos sind. Dass es sich um eine Combination von Epilepsie und Hysterie handelt, ist zweifellos. Die epileptischen Anfälle treten zuerst auf; später, seit der Pubertät, seit dem 13. Lebensjahr gesellen sich hysterische Krämpfe hinzu. Die epileptischen Anfälle sind durch die Anamnese und ärztliche Beobachtung (20. Mai, 11. August, 9. September 1900 etc.) sicher gestellt; bei den Anfällen, wie sie am 25. Mai, 2. Juli 1900 und auch später noch durch Nadelstiche, nament-

lich vom linken Arm aus ausgelöst werden konnten, hätte man zunächst vielleicht an Reflexepilepsie denken können. Freilich wäre für eine derartige reflectorische Epilepsie kein ätiologisches Moment auffindbar gewesen, auch wäre es mit einer solchen Diagnose schwer zu vereinen, dass der Anfall keineswegs nur von einem Arm aus, sondern überhaupt durch sensible Reize, z. B. auch vom Gesicht auslösbar war; auch der weitere Verlauf, insbesondere die erhaltene Lichtreaction, sprach jedenfalls nicht für Epilepsie. Anfälle, wie sie am 17. Juni 1900 und 6. März 1901 beobachtet sind, und die wohl Niemand als epileptisch bezeichnen wird, rechtfertigen es, wenn wir auch die ersterwähnten Anfälle als hysterisch bezeichnen. Charakteristische hysterische körperliche Stigmata finden wir nicht; ebenso wenig einen Anhalt für eine gröbere organische Hirnerkrankung. Warum für die Auslösung der hysterischen Anfälle gerade der linke Arm der Kranken eine besondere Rolle spielt, können wir aus der unvollkommenen Anamnese leider nicht feststellen; wir werden aber wohl kaum fehlgehen, wenn wir als den gemeinsamen Boden, auf dem Epilepsie und Hysterie sich entwickelt haben, die Degeneration annehmen. Sehen wir von den verschiedenen Anfällen ganz ab, so ergeben die oben skizzirten psychischen Abweichungen das typische Bild einer *Dégénérée*. Ob oder welche Rolle im späteren Leben Lues und Alkoholismus gespielt haben, müssen wir dahingestellt sein lassen, eine wesentliche ätiologisché Rolle können wir ihnen nicht zuschreiben, da die ersten augenfälligen Symptome der Epilepsie und Hysterie schon auf die Kindheit zurückverweisen. Eine ins Einzelne gehende Trennung der psychischen Krankheitssymptome in solche, die wir auf den angeborenen Schwachsinn oder auf die Epilepsie allein, oder auf die Hysterie oder gar auf die Degeneration als solche zurückführen müssten, scheint uns schwer möglich; das Resultat würde jedenfalls nur ein gekünsteltes und mehr oder weniger willkürliches sein. Sicher ist nur, dass bei der Kranken eigenartige Anfälle und psychische Abweichungen sich finden, die unter die einfache Diagnose Epilepsie nicht subsummirt werden können: Zu der Epilepsie ist eben noch eine andere Erkrankung hinzutreten, nämlich, wie oben angeführt, die Hysterie. Der Umstand, dass einzelne Symptome beiden Erkrankungsformen gemeinsam sind, und ihre Zuweisung zu der einen oder anderen Neurose der Willkür des einzelnen Beobachters unterliegt, verpflichtet aber keineswegs zur Diagnose *Hystero-Epilepsie*.

Im vorliegenden Falle verdient noch besondere Berücksichtigung, dass das Krankheitsbild einestheils durch eine ausgeprägte angeborene geistige Schwäche, andererseits durch eine später entstandene acute Geistesstörung complicirt ist, von der wir ebenfalls nicht mit Sicher-

heit behaupten möchten, ob sie als epileptischer oder hysterischer Verwirrtheitszustand oder als zum degenerativen Irresein zugehörig aufgefasst werden muss. —

Wir wollen unsere casuistischen Beiträge abschliessen mit der Mittheilung von zwei Fällen, in denen es sich um das Vorkommen von hysterischen Dämmerzuständen (neben anderen Symptomen der Hysterie bei Epileptikern handelt.

No. 28. Anna K. (118), Plätterin, geb. 1876. In Beobachtung mit Unterbrechungen seit 27. Juni 1897.

Epileptische Anfälle seit 15. Jahre, später Hysterie: körperliche und psychische Stigmata gehen zeitlich dem Auftreten von hysterischen Krämpfen voraus. Hysterische Dämmerzustände, während eines solchen ein epileptischer Anfall.

Heredität: Keine.

Als Kind Rhachitis, Masern, Diphtheritis, Bandwurm, in der Schule gut gelernt, kam bis I. Kl. Erster Krampfanfall trat — angeblich nach einem Schreck — im 15. Lebensjahre kurz vor Eintritt der ersten Periode auf; seitdem sind sie bei Tag und Nacht in unregelmässigen Zwischenräumen (8 bis 14 Tage) immer wiedergekehrt. Nach der uns gemachten Schilderung fiel sie bei diesen Anfällen plötzlich ohne Schrei um, sie wurde für kurze Zeit „steif“, dann traten Zuckungen am ganzen Körper auf. Der Anfall selbst dauerte nur 1—2 Minuten, danach war sie aber noch längere Zeit verwirrt; sehr oft hat sie sich beim Anfall gebissen und eingenässt.

Schon 1897 bestand grosse Reizbarkeit und beträchtliche Urtheils- und Gedächtnisschwäche; dabei recht erotisch mit onanistischen Angewohnheiten.

Bei der Aufnahme wies der körperliche Status eine Schiefheit des Schädels (linke Hälfte > rechte) nach. Der harte Gaumen war schmal und steil, an der gerade herausgestreckten Zunge fanden sich auf der rechten Seite alte Bissnarben; ferner bestand rechtsseitige Ovarie und allgemeine Hypalgesie, die rechts noch deutlicher war als links. Der übrige Befund wies keine bemerkenswerthen Abweichungen auf.

Psychisch zeigte sie sich während der ganzen Beobachtungszeit als leicht vergesslich, gänzlich einsichtslos und urtheilsschwach, äusserst reizbar, empfindlich, brutal und gewaltthätig gegen schwächere Kranke; mit Allem war sie unzufrieden, vertrug sich nirgends, hetzte und complottirte auf der Abtheilung herum und machte, wo sie nur irgend konnte, den Pflegerinnen das Leben sauer. Die klarsten gegen sie sprechenden Thatsachen versuchte sie nachher in schwindelhafter phantastischer Weise zu ihren Gunsten umzudeuten. Wiederholt kam sie durch gemeine, zottige Redensarten und unzüchtige Geberden in Conflict mit anderen Patientinnen; wiederholt versuchte sie auch mit Männern anzubändeln, schrieb dem Arzt Liebesbriefe, drängte auf genitale Untersuchung etc. Ihre eigene Person drängte sie überall in affectirter Weise in den Vordergrund; in läppischer überhebender Weise spottete sie über die anderen

„schwachen Kranken“, mit denen sie, die „völlig Geistesgesunde“, nichts zu thun haben wolle.

Ihre Stimmung wechselte häufig recht unvermittelt, gelegentlich äusserte sie Selbstmordideen, ohne dabei tiefer gehende Erregung zu zeigen; zahllos sind ihre körperlichen Klagen, mit denen sie jeden Tag den Arzt überhäuft.

Während ihres Anstaltsaufenthalts wurden hier wiederholt Anfälle beobachtet, denen als Aura ein Gefühl von Blutandrang nach dem Kopfe vorherging, bei denen sie dann bewusstlos umfiel, Tonus, Clonus eintrat, die Athmung röchelnd wurde und nach denen sie noch längere Zeit somnolent dalag und sich noch Stunden lang später sehr matt und elend fühlte; mehrfach wurden ärztlicherseits frische Zungenbisse constatirt.

Am 26. April 1901 wurden, nachdem schon mindestens $\frac{1}{2}$ Jahr vorher von anderer Seite die Diagnose auf Hystero-Epilepsie gestellt war, in der Anstalt zwei rasch auf einander folgende Anfälle abweichenden Verlaufs beobachtet:

Pat. fiel langsam nach rechts um, Gesichtsfarbe war unverändert, schlug mit beiden Händen trommelnd auf den Fussboden, war nicht bewusstlos, gab auf einfache Fragen kurze Antworten; nach 10 Minuten setzte sie sich wieder auf ihren Stuhl, weiss, dass sie Anfälle gehabt habe; sie „habe so schlagen müssen“.

18. Mai. Nach Zank mit anderen Patientinnen wieder ein Anfall, wie eben beschrieben.

Vom 10. Juni bis 19. November befand sie sich ausserhalb der Anstalt; am letztgenannten Tage wurde sie polizeilich sistirt, weil sie in einem fremden Hause eine Stunde lang geklingelt und gesungen hatte, und zur Charité gebracht; sie kam dort „in verwirrtem, erregtem Zustande an, spricht in eigenthümlicher Art vor sich hin mit fest geschlossenen Kiefern, abgerissen und mit weinerlicher Stimme, schluchzend, das Meiste unverständlich. Giebt auf Fragen nur einzelne richtige Antworten und kommt einzelnen Aufforderungen nach“.

Erst nach einigen Tagen erwachte sie aus ihrem Dämmerzustande und wollte für die polizeiliche Sistirung, den Transport ins Krankenhaus und die ersten Tage dort keine Erinnerung haben.

Am 29. November kam sie wieder nach Wuhlgarten und hatte, bei gleichem psychischen Verhalten wie früher, ca. alle 8 Tage Anfälle, die zum Theil mit Zungenbiss und völliger Bewusstlosigkeit und nachfolgender Benommenheit, zum Theil wie die am 26. April geschilderten, verliefen.

Am 22. März 1902 fand Entmündigungstermin statt. Am Tage darauf fand sie Abends gegen 9 Uhr, als sie schon im Bett lag, und ohne dass ein Anfall zur Beobachtung gekommen war, an, verwirrt zu sprechen; sie wiederholte mit eigenartig gezielter Sprache: „ich bin elektrisch, elektrisch, lassen Sie mich, toute moi, ich bin elektrisch.“ Das dauerte bis gegen 12 Uhr, wo die Kranke einschlief; gegen 3 Uhr wachte die Pflegerin dadurch auf, dass die Pat. schwer röchelte und stöhnte; beim Hinzutreten bemerkte die Pflegerin, dass die Pat. blutigen Schaum vor dem Munde hatte, und dass das Gesicht dunkelroth aussah. Die Kranke, die auf Anrufen und Schütteln nicht reagirte,

röchelte und stöhnte noch einige Male, wurde dann ruhig und schlieft anscheinend weiter. Am Morgen ergab sich, dass die Kranke nicht eingenässt hatte, dass sich aber an der Zungenspitze eine kleine, frische, leicht geröthete Abschürfung befand. Die Pat. stand zur gewohnten Stunde auf, trank Kaffee, klagte über Schmerzen in der Zunge, hatte aber sonst keine besonderen Beschwerden. Als sie nach dem gestrigen abendlichen Verwirrheitszustand gefragt wurde, wandte sie sich ab und gab keine Antwort. Ungefähr $\frac{1}{2}$ Std. nach dem 1. Frühstück begann ein ähnlicher Zustand wie am Abend zuvor. Bei der Morgenvisite fand der Arzt sie im Bett liegend, das Gesicht halb abgewendet und beständig mit eigenthümlich gezielter und doch monotoner Stimme vor sich hinsprechend, die Gesichtsmuskeln dabei übermässig stark innervirend, fast grimassirend: „Ich bin elektrisch, ganz elektrisch, da bin ich ja, so ist das ja, toute moi, toute moi, ach lassen Sie, ach ja, elektrisch, ich bin elektrisch,“ u. s. w. Die Pupillen sind gleich weit, reagiren prompt auf Licht; auf mündliche Aufforderung zeigt sie prompt die Zunge, die gerade und nicht zitternd herauskommt; die vorgezeigte Uhr benennt sie richtig und liest, indem sie sich aufrichtet, auch die Zeit auf Auffordern richtig ab. Dann fängt sie wieder an, wie vorhin geschildert, vor sich hin zu sprechen. Druck auf die Bulbi oder Ovarialgegend bleibt ohne jede Wirkung. Auf leichte Nadelstiche zuckt sie schmerhaft zusammen.

25. März. Der Zustand ist kaum verändert, der Gesichtsausdruck hat etwas traumhaft Verlorenes, Abwesendes. Pat. steht spontan auf, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, trinkt allein Kaffee, nimmt gut Nahrung zu sich, befolgt wie gestern einzelne mündlich gegebene Aufforderungen richtig.

26. März. wendet sich bei der Visite ab, angeredet steckt sie den Kopf unter die Decke. Bald darnach ein Anfall: Legt sich auf die rechte Seite, beugt den Kopf nach hinten, streckt Hände und Füsse steif von sich, fängt ganz leicht an zu zittern; Gesichtsfarbe, Athmung, Puls unverändert, Bulbi nach oben innen gedreht, Pupillen verengern sich auf Lichteinfall. Kein Zungenbiss, kein Einnässen; Dauer des Anfalls wenige Secunden. Nachmittags verlangt sie spontan Kaffee.

27. März. Liegt meist ruhig, nur bei der ärztlichen Untersuchung wird sie lebhafter und spricht dann in der gleichen monotonen gezierten Weise wie an dem Tage vorher. Auch heute mehrere Anfälle gleichen Verlaufs wie gestern, die regelmässig dann beginnen, wenn die Oberpflegerin das Zimmer betritt.

28. März. Antwortet auch jetzt noch nicht auf Fragen des Arztes, bewegt höchstens leise brummend und murmelnd die Lippen; von den Pflegerinnen fordert sie spontan Frühstück und Mittag und beschwert sich über die durch eine manische Kranke im Saal verursachte Unruhe.

29. März. Bittet heute spontan den Arzt, aufzustehen zu dürfen; will von den Ereignissen vom 24. März bis gestern Abend nichts wissen, auch nichts von ihrer gestrigen Unterhaltung mit den Pflegerinnen über die Unruhe im Saal. Erst gestern Abend sei sie ganz plötzlich zu sich gekommen.

1. April. Hält ihre Angaben betreffend ihre Amnésie aufrecht; ist ausser

Bett, fühlt sich sehr wohl; zeigt das gleiche psychische Verhalten wie vor dem 23. März.

Eprikrise: Anamnese und hiesige Beobachtung stellen die Diagnose Epilepsie sicher. Das psychische Bild und im Zusammenhang damit der sonst nicht allzuviel beweisende körperliche Befund, rechtsseitige Ovarie, allgemeine Hypalgesie, rechts deutlicher als links, mussten von vornherein, auch ohne dass hysterische Anfälle bekannt waren, den Verdacht erwecken, dass die Kranke ausser an Epilepsie auch an Hysterie litt. Die im Laufe der Anstaltsbehandlung zur Beobachtung gekommenen Anfälle, wie sie unter dem 26. April und 18. Mai 1901 beschrieben sind, bestätigten diese Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Wann die Hysterie sich entwickelt hat, bezw. welche etwaigen besonderen Ursachen ihr Auftreten begünstigt haben, konnten wir um so weniger feststellen, als hier einerseits sicher die Hysterie schon bestanden hat, bevor die hysterischen Anfälle auftraten, andererseits die Anamnese nicht genügend ist, um mit Bestimmtheit angeben zu können, wann die übrigen hysterischen Symptome im psychischen Gesamtbilde zuerst aufgetreten sind. Nur soviel scheint uns festzustehen, dass auch diese Kranke erst nach dem Manifestwerden der Epilepsie hysterische Krankheitserscheinungen gezeigt hat. Die Auffassung, dass die Epilepsie nur durch die Hysterie vorgetäuscht und die Anfälle stets hysterisch gewesen seien und nur unter der Maske von epileptischen aufgetreten wären, trifft für diesen Fall, abgesehen von dem typischen Verlauf der als epileptisch bezeichneten Anfälle, schon deshalb nicht zu, weil die geistigen Fähigkeiten der Kranken im Laufe der Jahre einen deutlichen Rückgang zeigten, die in einer bestehenden Hysterie allein keine Erklärung findet. Den eigenartigen Dämmerzustand, der am 23. März 1901 Abends einsetzte, am Tage nach dem Entmündigungstermin, dürfen wir um so eher als hysterischen auffassen, als während desselben mehrere hysterische Anfälle beobachtet wurden. Von besonderem Interesse ist nun, dass während dieses hysterischen Dämmerzustandes in der Nacht vom 23. zum 24. März ein Anfall auftrat, der mit Cyanose des Gesichts, erschwerter röchelnder Athmung und Zungenbiss einherging, und bei dem die Kranke ruhig weiterschlief. Da epileptische Anfälle auch schon früher constatirt waren, wäre es gekünstelt, diesen Anfall nicht als epileptisch aufzufassen. Zweifelhaft könnte es höchstens sein, ob dieser epileptische Anfall in die Zwischenzeit zwischen zwei hysterischen Dämmerungszuständen fällt (wenn man die Zustände am Abend des 23. und vom Morgen des 24. ab bis zum 28. Abends als 2 getrennte auffasst) oder ob er während eines hysterischen Dämmerzu-

standes aufgetreten ist (wenn wir den Beginn des Tage lang dauernden Dämmerzustandes schon auf den Abend des 23. verlegen). Uns erscheint die letztere Annahme natürlicher, zumal die von der Kranken behauptete Amnesie schon an diesem Abend einsetzt. Sei dem aber wie ihm wolle, sicher ist, dass sich klinisch die epileptischen und hysterischen Symptome scharf von einander scheiden lassen, und dass auch hier keine unlösbare Mischung eintritt. Unser Fall giebt aber auch keinen Hinweis auf irgend welche engen kausalen Beziehungen zwischen den hysterischen und epileptischen Krankheitsscheinungen, wie sie Gowlers anzunehmen geneigt ist. Auch sonst hat die Kranke ohne vorhergehende hysterische Symptome an epileptischen Krämpfen gelitten, und der hysterische Dämmerzustand hat begonnen, ohne dass epileptische Krankheitsäußerungen vorhergingen; wahrscheinlich ist er durch die mit dem Entmündigungsstermin einhergehende psychische Erregung veranlasst worden. Ob der von uns selbst nicht beobachtete Dämmerzustand im November 1901 epileptischer oder hysterischer Natur war, können wir nicht völlig sicher entscheiden; da wir aber kurz vor Abschluss dieser Arbeit im December 1902 nochmals bei ihr einen drei Tage dauernden hysterischen Dämmerzustand beobachten konnten, der sich an eine Serie ausgeprägter hysterischer Anfälle anschloss und alle von Ganser, Raecke, Binswanger, Jolly u. A. als charakteristisch angeführten Symptome aufwies, scheint es uns am wahrscheinlichsten, dass auch dieser Zustand im November 1901 ein hysterischer Dämmerzustand war; jedenfalls sprechen die kurzen Notizen, welche wir über ihn haben, nicht gegen eine solche Annahme.

No. 29. Frau K., 1177, geschiedene Tischlersfrau, geb. 14. September 1875.

In Beobachtung vom 23. December 1900 bis 1. December 1901.

Epilepsie und Hysterie (hysterischer Stupor- und Dämmerzustand, hysterische Hemiparese und Hemianaesthesia). Ausgeprägte psychische Degeneration.

Heredität: Vater trunksüchtig, Onkel mütterlicherseits Epileptiker.

Als Kind Zahnkrämpfe; in der Schule schlecht gelernt; mit ca. 12 Jahren Eintritt der Menses; ungefähr zur selben Zeit traten Krämpfe auf, bei denen sie nach Schilderung der Mutter bewusstlos war, zu Boden fiel, Zuckungen bekam und sich wiederholt auf die Zunge biss und einnässte; im Anschluss an diese Anfälle soll sie oft verwirrt und erregt gewesen sein, sich die Haare ausgerissen haben und zwecklos auf die Strasse gerannt sein. Auch ohne vorangehenden Anfall traten angeblich solche Erregungszustände auf; ohne äussere Veranlassung soll sie auch häufig sehr verstimmt und ängstlich gewesen sein und mehrfach mit Selbstmord gedroht haben bzw. Selbstmordversuche unternommen haben. Schon bei leichtem Tadel habe sie öfters „furcht-

bar“ zu weinen angesangen und sei dann „wie bewusstlos“ und so erregt gewesen, dass sie in gefährlichster Weise ihre Umgebung bedrohte z. B. mit brennender Lampe auf sie losging. Die Krampfanfälle sollen sehr unregelmässig aufgetreten sein; eine Bekannte der K., die mit ihr zusammengewohnt hat, will wiederholt „ohnmachtsähnliche Zustände“ bei ihr beobachtet haben, bei denen sie umfiel und bis zur Dauer einer halben Stunde bewusstlos liegen blieb.

Seit dem 16. Jahre trank sie regelmässig Bier und Schnaps; nach Angabe ihrer Angehörigen soll sie nicht viel vertragen können und oft schon nach 3 Glas Bier einen sinnlosen Eindruck gemacht haben. Seitdem hat sie sich auch der Prostitution ergeben und ist in den Jahren 1892—1899 6 mal wegen Diebstahl und Unterschlagung mit Gefängnis bis $1\frac{1}{4}$ Jahr bestraft worden. Geschlechtskrank will sie nie gewesen sein. Neben heterosexuellem Verkehr hat sie zahlreiche Liebschaften mit Weibern gehabt. Ihre Angehörigen meinten, dass sie sich mit Männern nur des Gelderwerbs wegen abgegeben habe, am liebsten aber nur mit Weibern verkehre. Die Kranke selbst hat sich, um dies gleich vorauszunehmen, uns gegenüber nie über ihre conträren Neigungen ausgesprochen, es besteht aber der für uns fast zur Gewissheit gewordene Verdacht, dass sie auch während ihres Wuhlgartener Anstalsaufenthaltes homosexuelle Liebschaften angeknüpft hat.

Im November 1896 heirathete sie; die Ehe, die sehr unglücklich war, da die Kranke sich herumtrieb, ihren Mann mit dem Feuerhaken misshandelte und bei gelegentlichen Erregungszuständen die Möbel zerschlug, wurde nach $\frac{3}{4}$ Jahren wieder getrennt; während derselben will sie zweimal abortirt haben.

Am 30. Juli 1900 wurde sie unter der Beschuldigung verhaftet, am 7. und 14. Juli zwei Männern, die sie auf der Strasse an sich gelockt hatte, das Portemonnaie mit Geld gestohlen zu haben. Sie war bei ihrer polizeilichen Vernehmung am 30. Juli und bei dem gerichtlichen Verhör am 1. August im Wesentlichen geständig und entschuldigte sich mit Trunkenheit zur Zeit der That. Während der daraufhin über sie verhängten Untersuchungshaft entstanden Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit, so dass sie zum Zwecke der Beobachtung ihres Geisteszustandes am 4. October 1900 in eine psychiatrische Klinik überführt wurde und dort bis zum 10. November verblieb. Aus dem damals zu den Strafacten erstatteten ärztlichen Gutachten heben wir hervor, dass die Kranke dauernd einen matten, schlaftrigen und deprimirten Eindruck machte, dass der Gesichtsausdruck ein apathischer müder war; häufig hatte sie Thränen in den Augen; nicht selten machte sie wenig energische Selbstmordversuche, an die sie nachher keine Erinnerung haben wollte. Die Unterhaltung mit der Kranken war sehr mühsam und unenergiebig, sie antwortete gar nicht oder nur sehr langsam, zögernd und leise: „ich weiss nicht“. „So ist sie nicht dazu zu bringen, Angaben über ihre Vorstrafen und über die ihr jetzt zur Schuld gelegten Handlungen zu machen; sie gibt zu, schon im Gefängnis gewesen zu sein, wisse jedoch nicht, warum“. „Auch über die Daten ihres Vorlebens gelingt es nicht, von der Explorandin etwas zu erfahren; ihren Geburtstag giebt sie falsch an (14. November 1874 statt 14. September

1875)⁴. Aus dem damals erhobenen Befunde ist für uns wichtig, dass eine allgemeine Anästhesie und Analgesie bestand, und dass sich an der Zungenspitze ein kleiner Substanzverlust befand, den die Patientin auf eine Bissverletzung im letzten Anfall zurückführte. Die Pupillen reagirten prompt auf Licht, der Augenhintergrund zeigte keine Besonderheiten, die Augenbewegungen waren ungehindert. Die herausgestreckte Zunge zeigte eine starke Unruhe; schwierige Worte wurden sehr ungeschickt nachgesprochen. Die Finger waren in beständiger Bewegung; sich selbst überlassen führte sie fortwährend zupfende Bewegungen aus. Die Motilität ist im Uebrigen ungestört, die Kraftleistung sehr gering, da es die Patientin an Energie fehlten lässt. Die Haut- und Sehnenreflexe waren lebhaft.

Während des Aufenthalts in der Klinik wurden mehrfach Anfallszustände beobachtet: Am 23. October 1900 wurde Patientin während der ärztlichen Visite bewusstlos, und zeigte schüttelnde Bewegungen der Extremitäten, die bei passiven Bewegungen einen hochgradigen Widerstand zeigten; der Kopf und die Augen waren nach rechts gedreht; die Pupillen weit und starr. Dauer des Anfalls 3 Minuten, danach trat ein etwa $\frac{1}{2}$ Stunde dauernder schlafähnlicher Zustand ein. Zu anderen Zeiten wurden rasch vorübergehende ohnmachtsähnliche Anfälle beobachtet, die mit auffallendem Blasswerden einhergingen. Der Gutachter kommt zu dem Schluss, dass die p. K. „seit der Pubertät an Hystero-Epilepsie leidet, als deren Ausdruck die geschilderten ohnmachtsähnlichen Anfälle, vorübergehende Erregungs- und Verwirrtheitszustände aufzufassen wären“; ferner bestände dauernd ein Zustand erheblicher psychischer Minderwertigkeit.

Vom 23. December 1900 bis 9. Januar 1901 befand sie sich in der Irrenanstalt Herzberge. Aus den dort gemachten Beobachtungen führen wir an:

24. December 1900. Hat, als der Arzt zu ihr kommt, die Augen weit aufgerissen, zieht sich ängstlich zurück, spricht mit übertrieben lallender Stimme: „Ich will mir aber die Augen nicht ausziehen lassen.“ „Meiner Mutter haben Sie beide Beine abgehauen und die Augen ausgestochen mit solchem grossem Messer.“ (NB. Am Tage zuvor war eine kurze Sensibilitätsprüfung vorgenommen.) Bezeichnet den Arzt als ihre Mutter, die Oberpflegerin als ihre Schwester. Fixirt einen Punkt am Boden, ruft „die Katze“.

Rechte Pupille etwas weiter als die linke; Lichtreaction vorhanden, aber anscheinend etwas weniger lebhaft als links; totale Analgesie, auch an der Schleimhaut der Nase, Lippen und der Conjonctiva.

31. December. Ein nächtlicher, von der Pflegerin beobachteter Anfall: „am ganzen Körper Zuckungen, dicker Schaum vor dem Munde.“ Nachher leise gestöhnt; Dauer 10 Minuten; will am Morgen nichts vom Anfall wissen.

6. Januar 1901. Hat in den letzten Tagen gar nicht gesprochen, auch nicht auf Befragen. In der Nacht ein Anfall; nach Bericht der Oberpflegerin zunächst am ganzen Körper steif, dann Zuckungen; rechte Pupille bedeutend weiter als links; blutiger Schaum vor dem Munde. Am Morgen wird an der Zungenspitze eine frische Bisswunde gefunden.

9. Januar. Noch immer totale Analgesie; äussert sich seit dem letzten Anfall etwas mehr; sei 6 Wochen hier, sei aus Moabit gekommen, habe nichts gemacht, sei noch nie bestraft, giebt Alter etc. falsch an, erinnert sich nicht an einen Besuch, den sie jüngst gehabt hat.

Wird am gleichen Tage zu uns nach Wuhlgarten verlegt. Sie war hier bei ihrem Eintritt ruhig, gab auf Fragen mit schleppender leiser Stimme sehr unvollkommene Auskunft; wisse nicht, wie alt sie sei, meinte, seit vorgestern hier zu sein; befindet sich hier wohl in der Prenzlauerstrasse, wisse es aber nicht so genau. Sie geht allein, aber sehr schwankend, unsicher mit kleinen Schritten; beim Sprechen geht der linke Mundwinkel stark in die Höhe, der rechte bleibt zurück; die rechte Pupille ist weiter als die linke, Lichtreaction auf beiden Augen deutlich, aber nicht sehr lebhaft.

11. Januar 1901. Beim Besuch von Mutter und Tante zeigte Pat. langsam und zögernd mit dem rechten Zeigefinger auf die Mutter und sagte eigenartig blöde grinsend „meine Mutter“, antwortete zunächst auf verschiedene Fragen der Angehörigen gar nicht oder sehr unvollkommen; erst als die Tante sich nach ihrem „Process“ erkundigte, wurde sie lebhafter und äusserte, der Herr Doctor habe gesagt, der Process sei zu Ende, das Gutachten wäre schon erledigt.

12. Januar 1901. Nimmt von ihrer Umgebung gar keine Notiz, sieht den Arzt mit ausdruckslosem Blicke an, zählt auf Aufforderung 1, 3, 5, 6, 4, verstummt dann, sieht eine vorgehaltene Taschenuhr blöde lächelnd an, benennt sie aber nicht; ein Dreimarkstück besicht sie sich ebenso blöde und sagt dann mit grinsendem Lächeln „Geld“; Farben bezeichnet sie falsch. Als der Arzt dann absichtlich so, dass die Kranke es hören kann, die Pflegerin beauftragt, sich hinter die Kranke zu stellen, weil diese nach hinten fallen werde, wenn er den Kopf drücken würde, schwankt die Kranke prompt nach hinten, als der Arzt ganz leicht ihren Scheitel berührt. Beim Sprechen fällt eine deutliche Differenz in der Innervation der Faciales zu Ungunsten des rechten auf; die Kranke isst allein ohne besondere Aufforderung, wobei sie den Löffel mit der linken Hand fasst; die geschlossenen Augenlider zittern deutlich.

Abends erzählt sie der Pflegerin, welche antragsgemäss die Kranke in ein Gespräch zu verwickeln sucht, dass sie auf der Strasse von der Polizei festgenommen und nach Moabit gebracht sei; was nachher mit ihr passirt, und wie sie hierher gekommen sei, wisse sie nicht. Auf die weitere Frage der Pflegerin, ob sie (p. K.) eine Patientin L. kenne, die angegeben hat, mit der p. K. zusammen in Untersuchungshaft gewesen zu sein, giebt sie nach längeren Zögern die Bekanntschaft zu, meint aber, die L. habe sich inzwischen sehr verändert: sie wäre früher viel magerer gewesen und habe auch die Haare anders frisirt getragen.

13. Januar 1901. Nachdem sie am Vormittag völlig stumm und abweisend im Bett gelegen hatte, schrie sie Nachmittag $1\frac{1}{2}$ Uhr plötzlich einige Male kurz hintereinander laut auf, setzte sich im Bett hoch, fasste mit der linken Hand an den Kopf, wobei sie weiter schrie. Das dauerte ca. 10 Minuten; auf Befragen gab sie dann an, dass sie geschlagen sei. Dann lag sie ca. $1\frac{1}{4}$ Stunde

lang still, nur die Lippen leise bewegend. Darauf fing sie an zu stöhnen, atmete schwer und beschleunigt, schlug wild mit Händen und Füßen um sich, wälzte sich im Bett umher, so dass 2 Pflegerinnen sie kaum im Bett halten konnten; die Augen waren weit geöffnet, die Bulbi wurden hin und her bewegt, die Gesichtsfarbe wurde etwas röther, weisser Schaum trat vor den Mund. Das dauerte 5 Minuten; dann wurde sie ruhig. (Bericht der Pflegerin.)

14. Januar 1901. Will von dem gestrigen Zustand nichts wissen; klagt über grosse Angst: unten am Bett stände ein grosser, schwarzer Mann mit einem Knüppel, der sie schlagen wolle. Schlägt sich heute wiederholt selbst an den Kopf; schlägt auch auf die Pflegerin los, als diese sie zum Waschen veranlassen will.

18. Januar 1901. Die letzten Tage dauernd ruhig, spricht spontan gar nicht, nimmt von ihrer Umgebung gar keine Notiz; isst gut und allein, fordert sich das Essen aber nicht von selbst; ist dauernd sauber. Heute Abend verlässt sie das Bett, geht unruhig auf dem Corridor umher, verlangt nach Hause, spricht fast die ganze Nacht leise vor sich hin. Auf Nadelstiche ist sie anscheinend ganz gefühllos; beim Gehen ist Nachschleifen eines Beines nicht sicher zu constatiren.

20. Januar. Recht ängstlich, sieht einen Mann, der ihr die Augen ausschneiden und sie kreuzigen will. Abends recht unruhig, spricht bis Mitternacht vor sich hin, schläft dann ganz gut.

27. Januar. Auf Fragen des Arztes noch immer keine oder sehr unvollständige Antworten; will nicht wissen, wo oder wie lange sie hier ist; dass sie in Herzberge war etc. Abends begrüßt sie spontan die Patientin L. und spricht mit ihr über Moabit.

28. Januar. Abends derart ängstlich und unruhig, dass sie in den Wachsaal für Unruhige verlegt werden muss; sieht in der Ecke ein schwarzes Thier, das sie zerreißen will.

30. Januar. Nachts ein nicht genau beobachteter Anfall: Die Nachtwache hörte einen lauten Schrei und fand, als sie hinzueilte, die Patientin röchelnd mit Schaum vor dem Mund. Kein Zungenbiss. Die Kranke selbst will von dem Anfall nichts wissen. Benutzt beim Essen stets die linke Hand.

Der am 18. Februar erhobene körperliche Status ergiebt u. a. Folgendes: Pupillen gleich weit, reagiren prompt auf Licht und Convergenz.

Augenhintergrund normal (Prof. Silex).

Augenbewegungen frei.

Gesichtsfeld nicht eingeschränkt.

Geruch, Geschmack, Gehör ungestört.

Rechter unterer Facialis deutlich paretisch.

Zunge weicht deutlich nach rechts ab, zittert stark.

Deutliche Parese des rechten Armes; Dynamometer-Druck rechts 25, links 65.

Beweglichkeit der unteren Extremitäten anscheinend ungestört.

Deutliche Anästhesie und Analgesie an der ganzen rechten Körperhälfte, genau in der Mittellinie beginnend.

Patellarreflexe lebhaft gesteigert.

Beim Romberg'schen Versuch deutliches Schwanken.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

6. März. Ist seit einiger Zeit ausser Bett, hält sich äusserlich geordnet, macht sich auf der Abtheilung nützlich, ist zu den Mitkranken freundlich und verträglich; freut sich auf den Besuch ihrer Mutter, äussert auch gelegentlich den Wunsch nach Entlassung. Der Blick hat noch immer etwas leeres, die Sprache ist eigenartig schleppend; benutzt beim Essen jetzt die rechte Hand.

11. März 1901. Wie alt?

28 Jahr.

Wann geboren?

18. October . . .

Geburtsjahr?

So genau weiss ich das nicht.

Jetzige Jahreszahl?

1900.

Datum?

Februar, so den 8. oder 9.

Wo hier?

Krankenhaus Wuhlgarten.

Selbst krank?

Nein, ganz gesund.

Weshalb denn hier?

Das weiss ich nicht.

Wann hierher gekommen?

Das weiss ich nicht, Mutter sagte mir am Sonntag, ich wäre jetzt 3 Monate hier.

Also wann hierher gekommen, wenn

So im December.

heute 8. Februar ist?

Im Gefängnis, in Moabit.

Wo vorher gewesen?

Da war ich ganz lange, da habe ich immer oben gelegen, wo der Herr Doctor kam, ins Lazareth.

Wann nach M. gekommen?

Die Fräuleins haben mich da rauftgenommen, da bin ich krank gewesen.

Weshalb im Lazareth gewesen?

Das weiss ich doch nicht; der Herr Doctor hat mich heraufgenommen, ich wollte doch nicht rauf, ich wollte immer arbeiten.

Woran krank?

Das weiss ich nicht, ich bin doch zu Hause gewesen; da musste ich gleich mit Herrn U. gehen.

Warum nach M. gekommen?

Der wohnt doch gleich nebenan von Mutter; der ist doch Commissar, der kennt uns schon lange von Kindheit an, der wohnte immer bei uns.

Wer ist Herr U.?

Ich weiss es doch nicht; ich bin doch so dahingekommen, und dann bin ich gar nicht mehr gefragt.

Da müssen sie doch etwas verbrochen haben?

Dr. F.

Kennt auch die Namen der anderen Aerzte, Pflegerinnen und mehrerer Mitkranken.

Wer bin ich?

| | |
|-----------------------------|---|
| Wie oft bestraft? | 2 mal. |
| Nein, weit öfter, also? | Ja, von 2 mal weiss ich nur. |
| Warum? | Wegen Diebstahl. |
| Wann? | Ich denke voriges Jahr, nicht wahr? |
| 6×3 ? | Ach, Herr Doctor, Rechnen habe ich nie gelernt, Lesen und Schreiben kann ich. |
| $6 + 5$? | = 11. |
| $13 + 8$? | = 19. |
| $63 + 24$? | = 95. |
| 3×3 ? | Mit Mal kann ich nicht, das weiss ich nicht. |
| $21 - 8$? | = 29. |
| (Wiederholt?) | Ja, das sind doch 29. |
| $8 - 5$? | = 13. |
| 8 Mark weniger 5 Mark? | Na, dann bleiben 8. |
| Wann zu uns herausgekommen? | Ja, ich weiss doch nicht, Herr Doctor, ich weiss ja überhaupt von nichts, als dass ich mit einem Male hier war. |

Um nicht zu ausführlich zu werden, wollen wir den weiteren Verlauf kurz recapitulirend dahin zusammenfassen, dass bei den noch wiederholt vorgenommenen genauen körperlichen Untersuchungen constant eine deutliche Parese des rechten unteren Facialis und des rechten Armes, sowie eine in der Mittellinie des Körpers scharf abschneidende Anästhesie (auch für thermische Reize) und Analgesie gefunden wurde. Gelegentlich wurden auch leichte paretische Erscheinungen im rechten Beine constatirt. Die Zunge wich bald nach rechts ab, bald kam sie gerade heraus, zuletzt zeigte sie die Tendenz, nach links abzuweichen; die Reaction der Pupillen war stets nachweisbar, mehrfach war die rechte Pupille grösser als die linke, und es schien dann auch die Reaction rechts etwas träger zu verlaufen. Atrophien oder Spasmen wurden an den paretischen Gliedern nicht bemerkt. Die Sprache, welche übrigens nie charakteristische articulatorische Störungen aufwies, war seit Mitte März völlig normal. Anfälle wurden bis zu ihrer Entlassung am 1. December 1901 nicht mehr beobachtet; während sie sich im Allgemeinen ruhig und verträglich hielt, trat einmal, am 8. Juli 1901, im Anschluss an mehrfache Zänkereien und Zwistigkeiten, in welche sie wegen ihrer von einzelnen Kranken entdeckten lesbischen Neigungen verwickelt wurde, ein sehr heftiger Erregungszustand auf, in dem sie jede Selbstbeherrschung verlor, mit Todtschlag drohte, schrie und brüllte und nach Isolirung verlangte; erst als ihr dieser Wunsch erfüllt war, beruhigte sie sich etwas, zeigte sich aber auch noch am Tage darauf recht uneinsichtig.

Ihr Erinnerungsvermögen besserte sich im Laufe der Monate etwas, sie wusste schliesslich, dass sie im Untersuchungsgefängniss, auf dem Polizeipräsidium und in Herzberge gewesen war und erst von da im Januar zu uns gekommen war. Den Grund ihrer letzten Verhaftung wollte sie nicht kennen, auch über ihre Vorstrafen blieb sie dauernd wenig orientirt. Wie weit im

Uebrigen ihre in letzter Zeit etwas präziseren Antworten durch die häufigen Besuche ihrer Angehörigen und die mit ihnen gepflogenen Gespräche beeinflusst wurden, lässt sich schwer feststellen; sie selbst fügte wiederholt ihren Antworten zu: „so sagt wenigstens Mutter“. Recht beträchtliche Gedächtnisslücken bestanden jedenfalls bis zuletzt. Sie rechnete in den letzten Tagen:

$$\begin{array}{ll}
 6 \times 3? & = 9. \\
 (\text{Wiederholt.}) & = 18. \\
 21 - 8? & = 14.
 \end{array}$$

Ueber das Verhalten der Kranken nach ihrer Entlassung haben wir nur zufällig erfahren, dass sie in Berlin wieder ihr horizontales Handwerk betreibt und mehrfach betrunken gewesen ist.

Epikrise: Die ausführlich wiedergegebene Krankengeschichte gestattet uns, uns bei der Epikrise kurz zu fassen. Es wird sich kein Widerspruch erheben, wenn wir die Kranke als eine hereditär belastete, schwer degenerirte Person bezeichnen, die seit der Pubertät an Krämpfen leidet, welche nach Anamnese und nach der Beobachtung in den verschiedenen Anstalten als epileptische zu bezeichnen sind. Daneben bot sie, mindestens seit September 1900 Zeichen von geistiger Störung dar, deren Diagnose zunächst recht schwierig war, schliesslich aber durch die während der hiesigen Beobachtung constatirte Hemiparesis und Hemianesthesia gesichert wurde. Wir können nicht mit Bestimmtheit angeben, wann die Lähmungserscheinungen eingetreten sind, sicher ist, dass sie im October 1900 noch nicht bestanden, dass aber schon beim Eintritt in Wuhlgarten die Schwäche im rechten Facialisgebiet und in der rechten Hand auffiel. Bemerkenswerth ist, dass schon im October (in der Klinik) und später im December (in Herzberge) eine allgemeine Anaesthesia und Analgesie festgestellt wurde. Die eigenartige Sprache, der unsichere Gang, die Ungleichheit der Pupillen und die mehrfach constatirte geringere und träge Reaction der rechten Pupille konnten zeitweise an ein schweres organisches Leiden denken lassen; der normale ophthalmoskopische Befund, der ganze weitere Verlauf, insbesondere auch die charakteristische Hemianästhesie und Analgesie bewiesen aber, dass es sich auch bei der motorischen Lähmung um eine funktionelle handelte. Nun liess sich auch die eigenartige psychische Störung deuten, es handelte sich um eine hysterische Psychose, die wir wohl unbedenklich den von Ganser, Raecke und Binswanger beschriebenen Dämmerzuständen einreihen können. Während dieses Zustandes wurde mindestens ein Anfall beobachtet (am 13. Januar 1901), den wir, nachdem die Diagnose Hysterie anderweitig gesichert ist, ungezwungen als hysterisch bezeichnen können. Vielleicht würde sich auch

noch ein oder der andere frühere Anfall als hysterisch herausstellen, wenn eine genauere Beobachtung möglich gewesen wäre. Immerhin überwiegen diesmal im Krankheitsbilde die Krampfanfälle nicht, vielmehr stehen die somatischen Symptome und die Psychose im Vordergrund. Dennoch, oder vielleicht richtiger gerade deshalb ist die Diagnose Epilepsie und Hysterie gerechtfertigt. Die acute hysterische Geistesstörung bricht, wie so häufig, in der Untersuchungshaft aus; dass diese auch die Neurose selbst verursacht hat, ist schon an sich wenig wahrscheinlich, bei unserer Kranken aber nach dem, was wir über ihr Vorleben wissen, wohl mit Gewissheit auszuschliessen: Hysterie und Epilepsie erwachsen hier auf dem Boden ausgeprägter Degeneration, die das Gesammtbild derart beherrscht, dass wir außerhalb der Zeit der acuten hysterischen Erkrankung es kaum für möglich halten, mit Bestimmtheit zu sagen, was wir von den mannigfachen psychischen Anomalien der Epilepsie, was der Hysterie oder was der Degeneration an sich zuschreiben sollen. Bei der grossen symptomatischen Aehnlichkeit aller drei Störungen, die wir ja auch sonst kennen, darf uns diese Schwierigkeit oder Unmöglichkeit hier nicht Wunder nehmen und berechtigt nicht zur Aufstellung einer besonderen Erkrankungsform der Hysteroepilepsie. —

Wir wollen es mit dieser Casuistik genügen lassen, zumal unsere übrigen Fälle in allen den Punkten, auf die es uns hier ankommt, den mitgetheilten gleichen. Wie wir in den epikritischen Bemerkungen bei den einzelnen Beobachtungen näher ausgeführt haben, handelt es sich in allen Fällen um ein getrenntes Nebeneinandervorkommen von Epilepsie und Hysterie bei demselben Kranken, wobei wir hier noch einmal kurz bemerken wollen, dass wir die Diagnose Hysterie nie aus einem einzigen Symptome, insbesondere nie aus der Eigenart der Anfallerscheinungen allein oder aus dem Vorkommen einzelner sogenannter hysterischer Charakterzüge gestellt haben. In allen unseren Fällen haben beide Neurosen trotz ihrer Coexistenz ihre charakteristischen Symptome sich bewahrt; wir finden — insbesondere auch in den mitgetheilten 23 Fällen — neben Anfällen, an deren epileptischer Natur nach der gegebenen Schilderung wohl kein Zweifel sein wird, bei genügend langer Dauer der Erkrankung die für die Epilepsie charakteristische Abnahme der geistigen Fähigkeiten und die übrigen uns bei Epileptikern geläufigen psychischen Abweichungen, wir finden ferner bei allen 23 Fällen u. a. hysterische Krampfanfälle, 15 Mal somatische Stigmata der Hysterie, 2 Mal hysterische Dämmerzustände, und wir treffen fast bei allen Fällen im psychischen Bilde auf Symptome, die wir bei Epileptikern nicht zu finden gewohnt sind, wenn es uns auch nur in

einer beschränkten Zahl von Fällen gelingt, mit Sicherheit alle interparoxysmalen psychischen Symptome scharf in epileptische und hysterische zu trennen.

Insbesondere constatiren wir bei fast allen Kranken das, was Kraepelin als einigermaassen charakteristisch für alle hysterischen Erkrankungen bezeichnet: die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfachen körperlichen Störungen wirksam zeigen. Keiner unserer Fälle bietet Anlass zu Erwägungen, wie sie Fére und für einen Theil ihrer Fälle Jolly und Hoche angestellt haben, und die darauf hinauslaufen, statt der Coexistenz beider Neurosen nur eine einzige, die Hysterie, anzunehmen. Ueberall finden wir nämlich bei genügend langer Beobachtung ausser Anfällen von epileptischem Typus auch die psychischen Symptome der Epilepsie, ausserdem überwiegen die epileptischen Anfälle in allen Beobachtungen (mit Ausnahme vielleicht von No. 29) derart, dass wir von einer Erörterung der von jenen Autoren aufgestellten theoretischen Möglichkeiten glauben Abstand nehmen zu dürfen. Wenn wir uns mit der Feststellung begnügen, dass wir unter unserem Material keine derartigen Fälle beobachtet haben, so treten wir damit im Gegensatz zu Fére entschieden für die selbstständige Coexistenz beider Neurosen ein, keineswegs werden wir aber daraus den Schluss ziehen, dass die Hypothesen Jolly's und Hoche's unrichtig seien. Uns liegt nichts ferner, als zu schematisiren, und so möchten wir ausdrücklich bemerken, dass wir keinen Anlass sehen, zu bestreiten, dass auch Fälle vorkommen können, deren richtige Deutung nur unter Berücksichtigung der theoretischen Ausführungen dieser Autoren möglich ist, aber wir glauben, dass es sich dabei um seltene Ausnahmefälle handelt, während wir die selbstständige Coexistenz beider Neurosen als ein relativ häufiges Vorkommen bezeichnen müssen. Um dieser Häufigkeit einen annähernd richtigen zahlenmässigen Ausdruck geben zu können, glaubten wir von der Heranziehung unseres gesammten Krankenmaterials Abstand nehmen zu müssen. Die Kritik, die wir selbst weiter oben an diesem Material geübt haben, wird es erklärlich erscheinen lassen, dass wir auf den Vortheil der grossen Zahlen verzichtet haben. Um aus der Statistik alle irgendwie vermeidbaren Unsicherheiten und Ungenauigkeiten auszuschalten, haben wir uns für die Berechnung der Häufigkeit nur auf die Kranken beschränkt, die an einem beliebig gewählten Tage, am 15. Januar 1903, auf den uns beiden unterstellten Abtheilungen sich befanden, und deren Krankengeschichten wir also persönlich genau kannten.

Es kamen, nach Abzug der an anderen Psychosen, bei Männern

namentlich an chronischem Alkoholismus leidenden Patienten, 386 krampfkranke Frauen und 338 krampfkranke Männer, zusammen 724 Kranke in Betracht. Von den 386 Frauen litten 337 an Epilepsie, 18 an Hysterie und 31 an Epilepsie und Hysterie während von den 338 Männern 323 an Epilepsie, 8 an Hysterie und 7 an Epilepsie und Hysterie litten, d. h. also: auf 10—11 epileptische Frauen und 46 epileptische Männer kommt 1 Kranker, bei dem sich die besprochene Combination von Epilepsie und Hysterie findet. Es mag ja sein, dass diese auffallende Häufigkeit zum Theil ihre Erklärung darin findet, dass wir es in der Anstalt naturgemäss mit den schweren Erkrankungsformen zu thun haben, aber auch wenn wir uns deshalb vor einer unangebrachten, zu weit gehenden Verallgemeinerung der gefundenen Zahlen hüten wollen, glauben wir doch behaupten zu können, dass die Coexistenz beider Neurosen keineswegs eine Seltenheit ist, sondern sich — namentlich bei Frauen — recht häufig findet. Uebrigens ist es bemerkenswerth, dass schon Beau in einer von Charcot citirten Statistik zu ganz ähnlichen Zahlen kam: er fand unter 276 Kranken der Salpêtrière 20 Fälle von „Hystero-Epilepsie à crises distinctes“. —

Ein weiteres Resultat unserer Untersuchungen ist, dass in allen unseren Fällen die Epilepsie der Hysterie vorausgeht. Mit Ausnahme der Frau P. No. 21, bei der es sich, wie schon oben dargelegt, nicht um eine Frühepilepsie handelt, sondern um die Folgeerscheinungen eines gröberen organischen Gehirnleidens, und die erst im 29. Lebensjahr mit Krämpfen erkrankte, beginnt in allen Fällen die Epilepsie schon vor oder in der Pubertät; früher oder später gesellt sich die Hysterie hinzu, und zwar wird die Hysterie manifest

vor der Pubertät in 1 Falle,
in der Pubertät beziehentlich bis zum 20. Lebensjahr in 15 Fällen,
zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr in 4 „
nach dem 30. Lebensjahr in 3 „
und zwar je einmal im 32., 54. und 60. Lebensjahr.

Zwischen dem ersten Auftreten epileptischer und demjenigen hysterischer Symptome lagen

| |
|------------------------|
| 1—5 Jahre in 5 Fällen, |
| 5—10 „ „ 8 „ |
| 10—15 „ „ 4 „ |
| 15—20 „ „ 3 „ |
| 20—30 „ „ 3 „ |

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die beiden Neurosen keineswegs gleichzeitig in die Erscheinung treten; man gewinnt den Eindruck, dass die Epilepsie erst eine Reihe von Jahren bestanden haben muss, damit

die Hysterie einen günstigen Boden für ihre Entwicklung findet, dass aber nach einer weiteren Reihe von Jahren die Disposition für die Hysterie wieder abnimmt. Freilich darf dabei nicht vergessen werden, dass die Curve, welche uns die Differenz zwischen dem Einsetzen der Epilepsie und der Hysterie versinnbildlichen würde, schon dadurch in gewisser Weise nothwendig bestimmt wird, dass an und für sich die Epilepsie in der Mehrzahl der Fälle in der Kindheit bis zur Pubertät, die Hysterie aber erst in den Pubertätsjahren oder noch später sich zu entwickeln pflegt.

Erbliche Belastung konnten wir in 15 Fällen sicher feststellen, wahrscheinlich war sie noch öfter vorhanden, nur in 3 Fällen glauben wir sie verneinen zu müssen.

Eine besondere Ursache für das Auftreten der Hysterie finden wir nur in relativ wenigen Fällen, so 1 mal Trauma, 1 mal Untersuchungshaft und 3 mal heftige Gemüthsbewegungen; 2 mal dürften die theils post mortem gefundenen (Fall No. 21 und No. 23), theils durch die klinische Beobachtung sicher gestellten (Fall No. 24) gröberen, organischen Hirnveränderungen eine ätiologische Rolle gespielt haben.

Bei den zur Autopsie gekommenen 4 Fällen fand sich die von dem einen von uns schon früher genauer besprochene und gewürdigte Sklerose eines Ammonshorns zweimal, einmal zugleich mit einer Hypoplasie der betreffenden Hemisphäre. Ist die in der citirten Arbeit vertretene Anschauung richtig, dass die Ammonhornverkümmernung immer ein Indicator für eine fötal oder in frühester Kindheit erfolgte Schädigung mit Hemmung der Entwicklung der betreffenden Hemisphäre ist, so kann als gleichwerthig in dieser Hinsicht unser nur clinisch bekannte Fall 24 mit cerebraler Kinderlähmung angeführt werden.

Eine wesentliche Förderung des Verständnisses für die Addition der Hysterie zu der Epilepsie gewinnen wir durch diese auch bei uncomplicirter Epilepsie gewöhnlichen Befunde nicht. Im Uebrigen verläuft die Hysterie in unseren Fällen ebenso wie sonst; es fehlt insbesondere nicht an den bekannten mannigfachen, sensiblen, sensorischen und motorischen Lähmungs- und Reizerscheinungen; auch die in jüngster Zeit so viel besprochenen Dämmerzustände können wir constatiren. Was die Dauer und Intensität der hysterischen Erkrankung anbetrifft, so finden wir auch hier alle Modificationen: wir finden neben Fällen, wo die Hysterie Jahrzehnte lang ohne wesentliche Änderung andauert, solche, in denen sie nur eine relativ kurze Episode bildet, oder in denen sie bald wieder fast ganz zurücktritt.

Die einzelnen Anfälle, die wir bei unseren Kranken beobachtet haben, konnten wir fast durchweg ohne Schwierigkeit in epileptische

und hysterische trennen, nur relativ selten stiessen wir auf Anfälle, über deren Classificirung wir auch dann noch zweifelhaft blieben, wenn wir uns über die Zugehörigkeit des Falles zu der hier besprochenen Coexistenz beider Neurosen schon klar geworden waren. Es scheint uns nothwendig, hier noch einmal auf die Ausführungen Oppenheim's einzugehen. Dieser sagt in seinem bekannten Lehrbuch im Capitel Hysterie, nachdem er die Ansicht Charcot's über das angebliche Vorkommen einer Hysteroepilepsie wiedergegeben und erwähnt hat, dass bei demselben Individuum Anfälle von hysterischem und solche von epileptischem Typus auftreten können. „Auch lässt sich das Vorkommen von Krampfzuständen, die geradezu ein Mittelding zwischen beiden darzustellen scheinen, nicht ganz von der Hand weisen. Besonders waren es Personen mit den Zeichen der psychopathischen Diathese, bei denen ich diese intermediären Krämpfe, die weder scharf dem Bilde der epileptischen noch dem der hysterischen entsprechen, beobachtete.“ Diese Sätze sind von uns, und wie uns scheint, auch von Hoche und Kaiser dahin verstanden worden, dass Oppenheim es für möglich hält, dass bei Kranken, bei denen es sich um die Differentialdiagnose Epilepsie oder Hysterie handelt, Anfälle vorkommen, die weder mit Bestimmtheit als epileptisch noch als hysterisch angesprochen werden können. Da er keineswegs hieraus den Schluss zieht, dass es auch eine besondere Erkrankung giebt, die „ein Mittelding“ zwischen Epilepsie und Hysterie darstelle, hätten wir uns seiner Auffassung im Wesentlichen anschliessen können, und es wäre nur die mehr formale Differenz geblieben, dass wir, um den unüberbrückbaren Gegensatz zwischen Epilepsie und Hysterie zu betonen, die Bezeichnung „intermediär“ oder „Mittelding zwischen beiden“ vermieden haben. Nachdem aber Oppenheim in der Discussion über unseren Vortrag die angeführten Sätze dahin interpretirt hat, dass er mit dem Namen „intermediär“ eigenartige Anfälle bezeichnet wissen will, die er nicht selten bei constitutionellen Neurasthenikern und ähnlichen Psychopathen beobachtet hat, bei denen es sich aber weder um Hysterie noch um Epilepsie gehandelt hat, entfällt für uns jeder Grund, zu diesen Anfällen Stellung zu nehmen. Es handelt sich hier für uns nicht um die Differentialdiagnose aller der Anfälle, die auch sonst noch als Symptome bei den verschiedensten anderen Erkrankungen vorkommen können, sondern nur um Anfälle bei Epileptikern oder bei Hysterikern, bezw. bei Individuen, die an beiden Neurosen leiden, und um die Beurtheilung dieser Anfälle durch andere Autoren.

Hier scheint uns auch der Platz zu sein, uns mit der Auffassung Gowers abzufinden. Dieser Autor unterscheidet bekanntlich „hysteroide

Anfälle“, welche neben epileptischen Insulten und ganz unabhängig von diesen auftreten und „postepileptische hysterische Krämpfe“. Er sagt von den letzteren: „In einer beträchtlichen Anzahl von Epilepsiefällen folgt hier und da auf einen epileptischen Anfall, der als solcher unbedeutend bleiben mag, ein postepileptischer hysteroider Krampf“ und an einer anderen Stelle: „In der überwiegenden Mehrzahl der männlichen Fälle mit hysteroiden Anfällen sind letztere bestimmt postepileptische Symptome, obgleich das primäre Moment nicht leicht festgestellt werden kann.“ Ueber die Häufigkeit dieser postepileptischen „unmittelbar folgenden Erscheinung“ giebt er für die verschiedenen Lebensalter eine für Männer und Frauen getrennte Statistik, deren Ergebniss wir dahin zusammenfassen können, dass sie bis zum 40. Lebensjahr sich durchschnittlich bei ca. 15 pCt. der männlichen Epileptiker findet, während die entsprechenden Zahlen bei den Frauen je nach dem Alter zwischen 18 und 26 pCt. schwanken.

Ausser diesen postepileptischen hysteroiden Anfällen können die Patienten auch noch sonstige Zeichen der Hysterie darbieten, oder diese können — ausser zur Zeit nach den epileptischen Anfällen — ganz fehlen; auch im letzteren Falle wird man annehmen müssen, „dass die Patienten, welche diese Folgeerscheinungen zeigen, in der That sowohl epileptisch als auch hysterisch sind.“ — „Bei diesen Patienten ist der hysterische Zustand offenbar nicht so entwickelt, dass er ganz selbstständig symptomatisch sich äussern könnte, obgleich derselbe unmittelbar nach einem epileptischen Anfall objectiv zur Geltung kommt.“

Wir können diesen Sätzen des englischen Autors insoweit beistimmen, als auch er eine Coexistenz von Epilepsie und Hysterie annimmt und dieses Zusammentreffen als ein häufiges bezeichnet; aber wir kommen doch in der Frequenz bei weitem nicht zu so hohen Zahlen wie Gowers, und insbesondere können wir nicht bestätigen, dass gerade die von ihm als postepileptische Hysterie bezeichnete Combination so überaus häufig vorkommt; wir müssen sie vielmehr nach unseren Erfahrungen als eine Seltenheit bezeichnen. In unserem Falle B. No. 23 bestand zwar in dem tödtlichen status eine auffallende Aufeinanderfolge der hysterischen Anfälle unmittelbar auf jeden epileptischen Anfall, doch waren beide Arten Anfälle, wie in der Epikrise ausgeführt, deutlich zeitlich abzugrenzen, so dass auch dieser Fall nicht ganz der Gowers'schen Schilderung entspricht. Weiter haben wir trotz unseres doch gewiss nicht kleinen Materials erst in der allerjüngsten Zeit wieder einen einzigen Fall gesehen, bei dem die Gowers'sche Schilderung zuzutreffen scheint, doch müssen wir hinzufügen, dass wir selbst diese Beobachtung noch keineswegs für abgeschlossen und

ganz einwandsfrei halten, da die Kranke sich noch zu kurze Zeit in der Anstalt befindet. Ablehnen müssen wir auch das, was Gowers über die Deutung der hysterischen Anfälle bei Männern sagt.

Wir sind nicht in der Lage, diese beträchtliche Divergenz in den Resultaten unserer Beobachtungen aufzuklären; wir müssen uns mit ihrer Feststellung begnügen, möchten aber nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass auch Jolly wohl ähnliche Beobachtungen wie Gowers im Auge hat, wenn er von einer Combination der Anfälle spricht bei Fällen, in welchen zunächst längere Zeit hindurch habituelle Epilepsie besteht und sich dann die Erscheinungen der Hysterie hinzugesellen. Die Anfälle „erhalten einen gemischten Charakter, beginnen z. B. mit allgemeinen Convulsionen und Verlust des Bewusstseins und gehen in die unregelmässigen, z. Th. auf psychischer Intention beruhenden Bewegungen über“. Auch Sommer scheint Aehnliches gesehen zu haben. Ueber die Häufigkeit dieser combinierten Anfälle machen beide Autoren keine Angaben. Für uns ergiebt sich aus alledem das Resultat, dass solche postepileptischen hysterischen Anfälle wohl vorkommen können, dass sie aber keineswegs häufig, sondern relativ selten sind.

Ganz kurz müssen wir noch einmal auf ein Symptom zurückkommen, das wir schon in der Epikrise zum Falle Sch. No. 26 besprochen haben, auf die Pupillenstarre im hysterischen Anfall; an ihrem Vorkommen dürfte seit den oft citirten Arbeiten von Karplus, A. Westphal u. A. kein Zweifel sein. Hier interessirt uns besonders der von dem letzten Autor gemachte Hinweis, dass die Pupillenstarre des hysterischen Anfalls vielleicht besonders bei der Hysterie vorkomme, welche mit Epilepsie sich vergesellschaftet. In der That haben wir auch einen solchen Fall gesehen. In allen unseren übrigen Fällen von Addition der Neurosen zeigte sich die Lichtreaction der Pupillen im hysterischen Anfall erhalten. Wir können also beweisendes Material für die Westphal'sche Hypothese nicht beibringen.

Wir haben endlich noch die zeitliche Folge der beiden Neurosen bei ihrer Coexistenz zu besprechen.

Wir wollen die Möglichkeit nicht leugnen, dass ein Hysteriker einmal im späteren Leben durch Alkohol, Lues, Trauma oder ähnliche äusserliche Zufälligkeiten noch Epilepsie acquirirt, wir müssen aber bestreiten, dass eine Epilepsie sich ohne solche zufälligen äusseren Momente zu einer primären Hysterie hinzugesellt, oder dass sogar bestimmte Symptome während der zunächst rein hysterischen Erkrankung darauf hinweisen könnten, dass später eine Epilepsie hinzutreten wird. Aus der Regelmässigkeit und Häufigkeit, mit der wir stets den gleichen Befund erhoben haben, dass die Epilepsie vorausgeht und die Hysterie

folgt, ergiebt sich für uns, dass wir hierin eine endogen durch das Wesen der beiden Erkrankungen bedingte Complication erblicken müssen, während wir mit Sommer einen Fall von Hysterie, zu der Epilepsie hinzugekommen ist, als eine rein zufällige Coincidenz beider Neurosen betrachten, gerade so, als wenn ein Mensch, der ein Magengeschwür hat, plötzlich eine Schädelverletzung bekommt. Wir haben diese Auffassung, dass es sich bei jener Coexistenz beider Neurosen, bei der sich zu einer bestehenden Epilepsie Hysterie hinzuaddirt, um ein von äusseren Zufälligkeiten unabhängiges, bestimmtes klinisches Krankheitsbild handelt, schon gelegentlich dadurch zum Ausdruck gebracht, dass wir kurzweg von einer Neurosenaddition sprachen.

Es bleibt uns noch übrig zu versuchen, eine Erklärung dafür zu finden, weshalb die Hysterie so häufig zur Epilepsie hinzutritt. Herrmann glaubt der Lösung der Frage durch die Annahme einer Auto intoxication näher zu kommen.

Wir haben dieser Ansicht entgegenzusetzen, dass die Auto intoxication vielleicht, oder in einzelnen Fällen wahrscheinlich, eine Rolle in der Pathogenese des epileptischen Anfallen spielt, dass ihre Bedeutung für die epileptische Neurose an sich aber noch recht unklar ist, und dass die Annahme einer Auto intoxication als ätiologisches Moment für den hysterischen Anfall oder gar für die Hysterie als solche völlig in der Luft schwiebt.

Man könnte ferner als Erklärung und zum Vergleich das häufige Vorkommen von Hysterie bei organischen Hirnerkrankungen heranziehen. Es ist sicher, dass in einer sehr grossen Zahl von Fällen von Frühepilepsie (von anderen Formen ganz abgesehen) gröbere organische Veränderungen gefunden werden: wir können hierbei an die Arbeit des einen von uns erinnern.

Auch in den übrig bleibenden Fällen, in welchen nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse anatomisch nachweisbare Veränderungen als Ursache der Epilepsie fehlen, müssen wir wenigstens als Substrat der epileptischen Demenz anatomische diffuse Prozesse annehmen, und in der That ist eine weitverbreitete Gliose von mehreren Autoren, insbesondere von Bleuler, bei Epileptischen regelmässig beobachtet. Weber hat sogar eine für Frühepilepsie typische Form des subpialen Gliafilzes beschrieben. Dennoch halten wir uns nicht zu der Schlussfolgerung berechtigt, dass es gerade die anatomischen Veränderungen des Centralnervensystems, wie auch wir sie bei unseren Autopsien gefunden haben und für andere Fälle supponiren müssen, allein sind, welche bei der Epilepsie den Hinzutritt der Hysterie bedingen. Giebt es doch genug andere Fälle mit organischen Verän-

derungen, bei denen Hysterie nie hinzutritt; wir sehen uns daher gezwungen, für unsere Fälle noch eine besondere Disposition des Gehirns zur hysterischen Erkrankung vorauszusetzen.

Sommer, der das Wesen der Hysterie in der pathologisch gesteigerten Beeinflussbarkeit sieht, meint, dass sie durch psychische Vermittelung zu der primären Epilepsie deshalb leicht hinzutritt, weil die Epilepsie die Aufmerksamkeit der sensationslustigen Mitmenschen im höchsten Grade auf sich zieht. „Fast immer sind die Epileptischen, wenn sie aus tiefer Ohnmacht erwachen, Gegenstand der sorgfältigsten Aufmerksamkeit. Sie fühlen sich im höchsten Grade beachtet und bemitleidet, und wenn sie zur Psychogenie beanlagt sind, was bei enorm vielen Menschen der Fall ist, so kann sich unter dem öfteren Eindruck einer sensationell erregten Umgebung bei einem primär Epileptischen hinterher eine schwere Hysterie entwickeln“. Dass der Entwickelungsgang ein solcher sein kann, muss zugegeben werden; unser Fall No. 13 z. B. kann als Beweis herangezogen werden; wir glauben aber nicht, dass für die grosse Mehrzahl unserer Fälle eine solche Erklärung zutrifft; wir können es wenigstens nicht nachweisen, dass gerade jene Epileptiker, die später hysterisch wurden, ganz besonders unter dem Einfluss einer ungeschickten Bemitleidung und übertriebener, sentimental-Aufsicht und Fürsorge gestanden haben. Es bliebe also auch bei der Sommer'schen Auffassung als das eigentliche Bestimmende die Anlage zur Psychogenie.

Auch Gowars nimmt ein besonderes functionelles Verhalten des Gehirns an, das die Grundlage für die Aeusserungen der Hysterie, ganz abgesehen von der Epilepsie, bildet, und weist ferner — namentlich zur Erklärung seiner postepileptischen hysteroiden Anfälle — darauf hin, dass der in den höheren Centren ablaufende epileptische Process die Controle dieser über die niederen Centren hemmt, und dadurch deren Energie und Thätigkeit erhöht. Es herrscht also Uebereinstimmung unter den Autoren, dass die nachfolgende Hysterie in irgend einer Weise pathogenetisch mit der vorangehenden Epilepsie verknüpft ist. Auch wir bekennen uns zu der gleichen Auffassung, ohne dass wir im Stande wären, in völlig ausreichender Weise diese ätiologischen Beziehungen klar zu stellen.

Auffallend ist in dieser Richtung noch die von uns gefundene hohe Zahl für die erbliche Belastung, aber die Zahl der Fälle, welche uns über diese Specialfrage einwandsfreie Antwort geben, ist doch zu klein, um allgemeinere Schlüsse daraus zu ziehen; immerhin ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass diese auffallend starke Belastung auf ein besonders ausgeprägtes degeneratives Moment hindeutet,

das sich im späteren Leben in der Disposition zur hysterischen Erkrankung kundgibt. Erblicken also auch wir in einer angeborenen, besonderen Prädisposition die vorbereitende Ursache für die spätere Entwicklung des hysterischen Gesammtleidens, so glauben wir, dass als auslösende Ursache in der grössten Zahl der Fälle die vorangehende Epilepsie die Hauptrolle spielt, wenigstens lässt uns die klinische Beobachtung recht oft keine andere Ursache erkennen. Darüber, wie oder wodurch die Epilepsie als Ursache wirkt, lässt sich zur Zeit noch keine allgemein gültige Antwort geben; wir halten es aber sehr wohl für möglich, dass die Epilepsie bald in der einen, bald in der anderen eben besprochenen Weise, oft auch durch deren Summirung, ihre Wirkung äussert. Ein solcher eklektischer Standpunkt ist vielleicht nicht sehr befriedigend, aber er entspricht zur Zeit noch am ehesten den klinischen Thatsachen.

Wir sind im Laufe unserer Untersuchungen zu dem Resultat gekommen, dass auch wir eine Hystero-Epilepsie als besondere Krankheitsform, die zwischen der Epilepsie und Hysterie steht, ablehnen und daran festhalten müssen, dass Epilepsie und Hysterie zwei durchaus verschiedene Erkrankungen darstellen, obgleich der einzelne Anfall gelegentlich eine sichere differentielle Diagnose nicht gestattet. Es kann vorkommen, dass der epileptische Anfall symptomatisch dem hysterischen gleicht, und dass umgekehrt der hysterische symptomatisch dem epileptischen Anfall gleicht. Der einzelne Anfall und seine Begleiterscheinungen können und werden in der Mehrzahl der Fälle für die Diagnose die Bedeutung eines sehr wichtigen Symptoms haben, in zweifelhaften Fällen darf aber dieses eine Symptom eine Ausschlag gebende Bedeutung nicht beanspruchen. Entscheidend ist der Verlauf des Gesammtleidens; insbesondere ist wichtig die Analyse der gesammten psychischen Persönlichkeit, wobei festzuhalten ist, dass der Nachweis einer fortschreitenden Abnahme der geistigen Fähigkeiten mit der Diagnose einer uncomplicierten Hysterie nicht vereinbar ist. Recht häufig kommt es, namentlich bei Frauen, vor, dass das gleiche Individuum an Epilepsie und Hysterie erkrankt, wobei beide Neurosen selbstständig nebeneinander fortbestehen. Es ist Regel, dass bei diesem typischen Krankheitsbilde der Neurosenaddition die Epilepsie der Hysterie vorausgeht; dass ein Hysterischer epileptisch wird, kann vorkommen, ist aber als ein seltenes und rein zufälliges Zusammentreffen anzusehen. Eine einwandsfreie Diagnose ist in einzelnen Fällen nur bei genauerer Kenntniss der Anamnese und jahrelanger Beobachtung eventuell in einer Anstalt, möglich; aber selbst, wenn diese Forderungen erfüllt sind, können Ausnahmefälle vorkommen, in denen unsere heutigen dia-

gnostischen Kenntnisse zu einem non liquet führen. Wir möchten als Belag dafür noch kurz einen Fall, aber auch den einzigen unseres Materials anführen, bei dem wir glauben, dass die Diagnose schwanken kann zwischen reiner Epilepsie und Coëxistenz von Epilepsie und Hysterie; wir selbst neigen zu der letzten Diagnose, können aber die erste nicht völlig abweisen; sicher ist uns nur, dass der Fall für das Vorkommen einer Hystero-Epilepsie nicht verwendet werden kann:

Ne. 30. Sara S. (359). Schneiderin, geb. 1863. In Beobachtung seit 1895.

Epilepsie oder Epilepsie und Hysterie; typische epileptische Krampfanfälle und eigenartige zweifelhafte Zustände (entweder psychische epileptische Äquivalente oder hysterische Anfälle).

Heredität: Grossmutter geisteskrank, Vater Epileptiker.

Schon als Kind sehr störrisch, eigensinnig, in der Schule sehr schwer gelernt.

Erster Krampfanfall im 16. Lebensjahr, sie soll damals blauroth im Gesicht und bewusstlos gewesen sein und sich auf die Zunge gebissen haben.

Hier in der Anstalt hat sie in unregelmässigen Zwischenräumen, meist monatlich mehrere, schwere typisch epileptische Anfälle, bei denen sie fast regelmässig einnässt, sich auf die Zunge oder Lippen beißt und sich auch wiederholt leichtere Kopfverletzungen zuzieht; im Anschluss an diese Anfälle treten gelegentlich Stunden bis Tage lang dauernde Zustände ängstlicher Verwirrtheit auf, in denen sie sich wiederholt Gesicht und Hände blutig kratzt, und für welche die Erinnerung fast ganz fehlt oder doch sehr stark getrübt ist. Zweimal hat sie einen schweren Status epilepticus durchgemacht.

Ausserdem treten, ebenfalls ohne Regelmässigkeit eigenartige Schreianfälle von wechselndem Verlauf auf:

a) Sinkt langsam um, schreit ca. 5 Minuten lang laut und gellend, bleibt ruhig liegen mit verzerrtem Gesicht. Das Bewusstsein ist erhalten. Nachher giebt Patientin an, dass sie sich selbst habe weinen hören; sie habe aber nicht anders können; manchmal merke sie auch, wie sich ihr gegen ihren Willen der Mund aufsperrte, auch habe sie ein sonderbares, schmerhaftes Gefühl im Leibe.

b) Schreit eine halbe Stunde lang andauernd, Gesichtsfarbe unverändert, Pupillen reagiren; liegt dabei ganz ruhig im Bett; reagirt nicht auf Anrufen und Rütteln oder leichte Stiche. Nachher will sie von dem ganzen Zustand nichts wissen, will sich weder schreien gehört haben, noch gemerkt haben, was um sie herum geschehen ist.

c) Klagt über heftige Angst und Herzbeklemmung, wirft sich zur Erde, wälzt sich auf dem Boden wild umher, schlägt mit Händen und Füßen um sich, bohrt gelegentlich den Kopf in die Kissen, bäumt mit dem Rumpf hoch auf (arc de cercle), Pupillen reagiren; das Bewusstsein ist dabei erhalten oder meist leicht getrübt; giebt nachher entweder an, dass sie schreckliche Angst gehabt habe, oder sagt auch nur, sie habe so schlagen und schreien müssen, wisse selbst nicht warum.

d) Klagt über zahlreiche Sinnestäuschungen (Fratzen, blutige Gesichter, wilde Thiere, drohende Stimmen), fürchtet umgebracht zu werden, wird immer erregter, ängstlicher, fängt an laut zu schreien und zu wimmern, wirft sich auf den Boden, wälzt sich dort umher, kneift die Augen zu, macht allerhand strampelnde und tretende Bewegungen. Derartige Erregungszustände treten meistens zur Zeit der Menses auf. Auch zu anderen Zeiten klagt sie oft tagelang über zahlreiche, ängstliche Sinnestäuschungen, die sie aber dann als krankhaft erkennt. Sie hat dann meist auch mannigfache körperliche Klagen, fühlt sich sehr matt und elend und ist noch reizbarer und empfindlicher als sonst; zu so heftigen Paroxysmen kommt es aber dann für gewöhnlich nicht.

In den anfallsfreien Zeiten zeigt sie eine hochgradige Schwäche aller geistigen Functionen; sie ist eine sehr uneinsichtige, recht unleidliche, zänkische, und häufig recht brutale Kranke, die sich bei jeder Gelegenheit gründlos zurückgesetzt und gekränkt fühlt. In den nicht seltenen Conflicten, in die sie mit ihrer Umgebung geräth, verliert sie jede Selbstbeherrschung und hat wiederholt in der Erregung Selbstmordversuche gemacht. Mehrfach wurden übrigens auch äusserlich nicht motivirte schwere Depressionszustände mit Selbstmordneigung beobachtet.

Die körperliche Untersuchung ergibt keine wesentlichen Abweichungen.

Epikrise: Der Fall bietet bezüglich der Diagnose mannigfache Schwierigkeiten, die dadurch noch gesteigert werden, dass wenigstens jetzt der Schwachsinn der Kranken einen derartigen Grad erreicht hat, dass es sehr schwer hält, präzise Angaben über die inneren Vorgänge während der eigenartigen Schreianfälle zu erhalten, bei denen das Bewusstsein mehr oder minder erhalten sein soll.

Wir selbst haben unseren diagnostischen Schlüssen folgende Ueberlegungen zu Grunde gelegt: Es ist kein Zweifel, dass die erblich schwer belastete Kranke an typischen epileptischen Krampfanfällen leidet, auch in ihrem psychischen Verhalten finden wir keine Erscheinungen, die wir nicht auch sonst gelegentlich bei reinen Epileptikern beobachteten; da der körperliche Status auch keine Besonderheiten aufweist, halten wir uns zu der Frage berechtigt und aus allgemeinen klinischen Ueberlegungen gezwungen, ob wir die als „Schreianfälle“ bezeichneten Zustände auch noch zur Epilepsie zählen können, oder ob wir ausserdem noch eine andere Erkrankung, d. h. hier also Hysterie, annehmen müssen. Halten wir in Uebereinstimmung mit anderen Autoren, insbesondere mit Binswanger, daran fest, dass einerseits sowohl die entfernteren Vorboten als auch die eigentliche Aura keineswegs immer einen Anfall signalisiren, sondern auch für sich allein bestehen können, und dass anderseits als protrahirte Aurasymptome sich heftige Angstattacken, ausgeprägte Denkhemmung, einförmige hallucinatorische Erregungszustände und Zwangsvorstellungen finden, so könnten

wir die unter a geschilderten Zustände als eine solche isolirte protrahirte Aura betrachten.

Auch für die Zustände unter b wäre eine gleiche Auffassung möglich, Schwierigkeiten macht nur die von der Patientin behauptete völlige Erinnerungslosigkeit. Ob diese Angabe der Patientin aber wirklich zutrifft, ist uns recht zweifelhaft; ist sie aber richtig und trägt man Bedenken, wegen dieser tiefen Bewusstseinsstörung die Erscheinungen als „Aura“ zu bezeichnen, so könnten wir sie vielleicht in die Gruppe der sogenannten psychischen Epilepsie einreihen; wir müssen auch noch mit der Möglichkeit rechnen, dass ein kurzer Schwindelanfall unbeobachtet vorausgegangen ist, und dass es sich um eine postparoxysmale psychische Störung handelt. Schwierigkeiten macht die Deutung der unter c geschilderten Zustände; dass sie die allergrösste Aehnlichkeit mit hysterischen Anfällen haben, ist ohne Weiteres klar; aber diese Aehnlichkeit allein würde nicht zur Identificirung genügen; jedenfalls halten wir es für möglich, dass auch einmal ein abortiver, atypischer epileptischer Anfall mit protrahirter Aura das gleiche Bild zeigen kann.

Bei den unter d geschilderten Symptomen handelt es sich überhaupt nicht um irgendwelche Anfälle sensu strictiori, sondern um Abwehrbewegungen, welche direct durch die massenhaften, auch sonst interparoxysmal häufig auftretenden Sinnestäuschungen schreckhafter Natur veranlasst sind, die bekanntlich bei Epileptikern nichts Seltenes sind. Nach alledem scheint es also möglich, alle bei S. S. beobachteten Krankheitserscheinungen als epileptische aufzufassen; wir kämen damit zur alleinigen Diagnose: Epilepsie.

Immerhin erkennen wir, wie schon bemerkt, nicht die Schwierigkeiten, und wir können einer anderen Auffassung, welche die unter a bis d geschilderten Symptome ohne Weiteres als hysterische bezeichnet, soweit sie sie sich auf die erwähnten Beobachtungen allein stützt, nicht viel entgegensetzen; ganz sicher, ja sogar weit häufiger, werden wir solche Symptome bei Hysterischen finden. Wir möchten sogar dieser anderen Ansicht noch concediren, dass die eigenthümliche Art der motorischen Reaction auf die Sinnestäuschungen, vielleicht sogar diese selbst, die affective Labilität, die häufigen, theilweise etwas theatralisch erscheinenden Selbstmordversuche für eine Epileptische etwas auffällig sind, und für Hysterie sprechen könnten; aber auch wenn wir so weit gehen, wäre damit keineswegs die Diagnose Hystero-Epilepsie gerechtfertigt, es würde sich vielmehr dann bei S. S. wiederum nur um die Coexistenz von Epilepsie und Hysterie handeln. So wenig es jemals irgend einem Beobachter einfallen wird, z. B. bei einem Falle, wie wir

ihn früher einmal selbst erlebt haben, und in dem die Diagnose zwischen reiner Hysterie oder Hysterie und Magencarcinom schwankte, von einer Mischform zu sprechen, so wenig dürfen wir von einer Mischform, einer Hystero-Epilepsie reden, wenn die Diagnose dadurch unsicher wird, dass einzelne Symptome in dem Krankheitsfalle verschieden gedeutet werden können, d. h. entweder nur der Epilepsie, oder theils der Epilepsie, theils der Hysterie zugeschrieben werden können. —

Wir haben im Anfang unserer Arbeit ausgeführt, wie verschiedenartige Dinge als „Hysteroepilepsie“ bezeichnet werden; wir haben dann weiter gesehen, dass dieser Name überhaupt keine Berechtigung hat. Es ist uns auch nicht zweifelhaft geblieben, dass eine Verständigung über die Beziehungen, die zwischen Hysterie und Epilepsie bestehen, nicht nur durch sachliche Schwierigkeiten, sondern auch durch diesen nothwendig zu Missverständnissen führenden Namen erschwert ist. Nun sind aber Hysterie und Epilepsie derart weit verbreitet und daher auch oft Gegenstand nicht-irrenärztlicher Behandlung, dass eine genauere Kenntniss ihrer Beziehungen schon mit Rücksicht auf die gänzlich verschiedene Therapie und Prognose auch für weitere ärztliche Kreise von Bedeutung ist. Es genügt da nicht die negative Behauptung, dass es keine Hystero-Epilepsie giebt, sondern es bedarf eines positiven Hinweises, was an deren Stelle zu treten hat. Welche Möglichkeiten hierbei alle in Betracht kommen, haben wir oben erwähnt; aus der Häufigkeit und Regelmässigkeit aber, mit der wir bei unserem grossen Material auf das als Neurosenaddition bezeichnete Krankheitsbild gestossen sind, bei dem sich früher oder später zu einer bestehenden Epilepsie Hysterie hinzugesellt, ergiebt sich für uns, dass wir kaum fehl gehen werden, wenn wir in allen den Fällen, in denen neben epileptischen Symptomen sichere hysterische constatirt sind, in erster Linie und vornehmlich die differential-diagnostischen Erwägungen auf diese Coexistenz von Epilepsie und Hysterie richten.

Literatur-Verzeichniss.

- Ballet, Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Gazette des hôpitaux. 1891. No. 82.
- Binwanger, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand (Ganser). Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 1898. Bd. 3.
- Derselbe, Die Epilepsie. Bd. 12 in Nothnagel's Spec. Path. u. Ther. Wien 1899.
- Bleile, L'urines dans l'épilepsie. The New York Med. Journ. 1897. ref. Arch. de Neurol. 1900.
- Bleuler, Die Gliose bei Epilepsie. Münch. med. Wochenschrift. 1895.
- Böttiger, Sitzungsbericht aus dem ärztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 10. Januar 1899. Neurol. Centralbl. XVIII. 1899. S. 236.

- Bratz, Ammonshornbefunde bei Epileptischen. Dieses Archiv. 1897.
- Derselbe, Das Ammonshorn bei Epileptischen und Paralytikern. Allg. Zeitschrift für Psych. 1899. S. 841.
- Bresler, Kritisches zur Hystero-Epilepsie. Psychiatr. Wochenschrift. 1900.
- Clark, a) A case of hysterical aphonia in a grand mal epileptic. The Journ. of nerv. and ment. diseases. 1900. — b) Report of two cases of hysteria major associated with epilepsy. Buffalo med. Journ. Bd. 54. Ref. in Flatau-Mendel: Jahresberichte 1899. S. 768.
- Crookhank, Hysteria and epilepsy. The practitioner. 1898.
- Charcot, Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, übers. von Fetzer. Stuttgart 1874.
- Féré, Notes pour servir à l'histoire de la Hystéro-Epilepsie. Arch. de Neurol. 1882.
- Derselbe, Die Epilepsie, übers. von Ebers. Leipzig 1896.
- Fisher, Sensory disturbances in epilepsy and hysteria. Journ. of nerv. and ment. disease. 1899. No. 67.
- Gowers, Epilepsie. II. Aufl. Uebers. von Weiss. Leipzig u. Wien 1902.
- Ganser, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Dieses Archiv. Bd. 30.
- Gilles de la Tourette, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris 1895.
- Gilles de la Tourette et Cathelineau, La nutrition dans l'hystérie. Progrès med. 1888—1890.
- Hoche, Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902.
- Herrmann, Ueber spät auftretende hysterische Anfälle bei Epileptikern. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 1903.
- Jolly, Hysterie in von Ziemssen's Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. 2. Aufl. Leipzig 1877.
- Derselbe, Hysterie in Ebstein-Schwalbe, Handb. der pract. Med. Bd. 4. 1900.
- Kraepelin, Psychiatrie. 6. Aufl. Leipzig 1899.
- Koenig, Ueber epileptische und hysterische Krämpfe bei gelähmten und nicht gelähmten idiotischen Kindern. Monatsschrift für Psych. und Neurol. 1898.
- Köppen, Ueber Dämmerzustände und zur Frage des Doppelbewusstseins. Fall III. Charité-Annalen. 1899. S. 569.
- Karplus, Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Wien. klin. Wochenschrift. 1896. S. 1228.
- Derselbe, Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle. Jahrbücher f. Psychiatrie. 1898. Bd. 17. S. 1.
- Kaiser, Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie. Monatsschrift f. Psych. und Neurol. 1902.
- Kühn, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 21. Ref. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. II. 381.
- Löwenfeld, Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie. Wiesbaden 1894.
- Möbius, Diagnostik der Nervenkrankheiten. 1894.

- Mutterer, Note sur un cas d'hystéro-epilepsie à crises distinctes avec ecchymoses spontanées et accès de fièvre hystérique. Arch. de Neurol. 1902. Bd. XIII.
- Mörchen, Ueber Dämmerzustände. Marburg 1901.
- Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Centralbl. f. Nervenheilkde. 1902. XXV.
- Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2. Aufl. Berlin 1898.
- Poels, a) Persistance d'une modification de la formule des phosphates etc. Journ. de Méd., de Chirurg. et de-Pharmakol. 1892. Ref. Neurol. Centralblatt. 1894. S. 78. — b) La valeur de la formule urinaire de l'hystérie. Ebendorf. Ref. Neurol. Centralbl. 1894. S. 78.
- Pfister, Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten. Stuttgart 1902.
- Rabow, Beitrag zur Kenntniss der Beschaffenheit des Harns bei Geisteskranken. Dieses Archiv Bd. 7.
- Richter, Die Bedeutung der sensibel-sensoriellen Störungen bei Hysterie, Epilepsie etc. Dieses Archiv Bd. 31.
- Raecke, Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1901. Bd. 58.
- Derselbe, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1901. Bd. 58.
- Derselbe, Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker. Halle a. S. 1903.
- Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien u. Leipzig 1894.
- Steffens, a) Ueber drei Fälle von Hysteria magna. Dieses Archiv. Bd. 33. b) Ueber Hystero-Epilepsie. Dieses Archiv. Bd. 33. — c) Obductionsbefund bei einem Fall von Hystero-Epilepsie. Dieses Archiv. Bd. 35.
- Thomsen u. Oppenheim, Ueber das Vorkommen sensorischer Anaesthesia etc. Dieses Archiv. Bd. 15.
- Voisin et Raymond Petit, De l'intoxication dans l'épilepsie. Arch. de Neurol. 1895. Bd. 29.
- Vougle, De l'élimination des phosphates etc. Paris 1892. Ref. Neurol. Centralbl. 1893. p. 58.
- Weber, Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena 1901.
- Westphal, A., Ueber Pupillenerscheinungen bei Hysterie. Berliner klin. Wochenschrift 1897.
- Derselbe, Ueber Hysterie. Dtsche. Med. Wochenschrift 1901. Vereinsbeilage. S. 177.
- Derselbe, Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Charité-Annalen 1896. S. 751.
- Weygandt, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. München 1902.
- Wollenberg, Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der psychischen Anfälle bei Hypochondrie. Charité-Annalen 1890. Bd. 15.
- Ziehen, a) Hysterie in Eulenburg's Real-Encyklopädie. 1896. XI. — b) Psychiatrie. 2. Aufl. Leipzig 1902.