

XXIX.

Aus der städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M.
(Direktor: Prof. Dr. Sioli.)

Psychische Störungen während der Geburt.

Von

Dr. Paul Kirchberg (Frankfurt a. M.).

Assistenzarzt der Anstalt.



Rasch vorübergehende psychische Störungen in und unmittelbar nach der Geburt sind nach Ansicht aller Autoren — ich erinnere nur an die bekannten Ausführungen von Siemerling — selten. Es rechtfertigt sich daher die Mitteilung eines jeden derartigen Falles, sowohl wegen des grossen klinischen Interesses, wie auch aus praktischen Gesichtspunkten.

Die Aetiologie dieser Erkrankung kann eine sehr verschiedene sein. Bei Epilepsie wurden halluzinatorische Verwirrheitszustände im Anschluss an die Geburt beobachtet; ich verweise nur auf die Arbeiten von Siemerling und Raecke. Theilhaber teilt diesbezügliche Fälle bei Hysterie mit, bei denen die kurze Dauer der Delirien von besonderem Interesse ist. Runge endlich beschreibt einen Fall, bei dem im Verlauf einer Chorea graviditatis während der Geburt ein deliranter Verwirrheitszustand auftrat, der bald nachher abklang. Wahrscheinlich spielt öfter eine kurzdauernde eklamptische Erkrankung eine Rolle. In unseren Fällen liess sich keines der oben erwähnten ätiologischen Momente nachweisen, insbesondere hat die jedesmalige Untersuchung des Urins keine Veränderung ergeben. Bei keiner Patientin liessen sich während der Dauer ihres Aufenthaltes im Krankenhaus Zeichen einer psychischen Erkrankung oder einer psychopathischen Veranlagung feststellen; ebenso fehlte für die Annahme einer Hysterie jegliche somatische wie psychische Grundlage.

Die ersten beiden Fälle verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Professor Dr. Walthard, unter dessen Leitung ich als Volontär einige Zeit in der Frauenklinik des städtischen Krankenhauses tätig sein durfte. Die folgenden drei Fälle stammen aus der Beobachtung

der Herren Geh. San.-Rat Professor Dr. Neubürger und San.-Rat Dr. Neubürger. Den drei Herrn danke ich auch an dieser Stelle für ihr grosses Entgegenkommen.

Fall I. (Beobachtung Dr. Traugott).

26jährige Zweitgebärende, die 1910 ohne irgendwelche Komplikationen eine Zangengeburt durchgemacht hatte. Im Uebrigen ergibt die Anamnese keine Besonderheiten.

Geburt am 6. 3. 12. Die näheren Daten der Geburt seien kurz wiedergegeben. 4 Uhr 10 Nachm. Blase gesprungen, Kopf im Beckeneingang, noch beweglich, Pfeilnaht quer. I. H. H. L. 6 h. p. m. Kopf fest im Beckeneingang, Blase gesprungen, Muttermund 5 Markstück gross, Pfeilnaht quer. Besonders betonen möchte ich, dass Pat. schon als sie den Kreissal betrat, zu einer Zeit, wo sie noch vollkommen ruhig und geordnet war, den Arzt fragte, ob doch ja keine Zange gemacht würde.

6 Uhr 30 Nachm. Pat. ist ganz plötzlich vollkommen verwirrt, halluziniert, schreit beständig: „Nur keine Zange, nur keine Zange,“ wirft sich unruhig im Bett umher. Sie ist vollkommen desorientiert, verlangt in singendem Ton Wasser, spricht mit ihrem Kind, das noch garnicht geboren ist. 2 g Chloral. Im Urin kein Albumen. Pupillen reagieren, Patellarreflexe intakt. Wenige Minuten nach Beginn des Verwirrungszustandes schneidet der Kopf ein und wird ohne Dammschutz geboren (6 Uhr 45 Min.). Spontane Geburt der Placenta 7 Uhr. Patient halluziniert weiter. Nach einer Stunde ist Pat. wieder vollkommen klar. Das Wochenbett verlief fieberfrei ohne irgendwelche psychische Störungen, so dass Pat. am 15. 3. als geheilt entlassen wurde.

Fassen wir die wichtigsten Daten unseres Falles kurz zusammen: Bei einer 26 jährigen Zweitgebärenden, die 1910 eine Zangengeburt ohne Komplikation durchgemacht hat, bricht plötzlich kurz vor der Geburt ein hochgradiger Erregungszustand aus mit Desorientiertheit, Verwirrtheit und Halluzinationen, der auch nach der Geburt des Kindes noch einige Zeit fortdauert. Der Zustand dauerte im Ganzen etwa eine Stunde. Bemerkenswert ist die völlige Amnesie für den Geburtsvorgang.

In der Literatur finden wir einen ähnlichen Fall von Siegwart beschrieben.

Es handelte sich um eine 39jährige Frau, welche 5 spontane Geburten und 4 Aborte durchgemacht hatte. Bei der von Siegwart beobachteten Geburt hatte Pat. ein Conamen suicidii durch Erhängen gemacht, war aber noch ins Leben zurückzurufen. Beim Eintreffen des Arztes lag Pat. in einem tiefen wie komatösen Zustand mit schwerer, röchelnder, aber regelmässiger Atmung, mit weiten, starren Pupillen, die auf Lichteinfall nicht reagierten, ganz das Bild einer Eklamptischen nach dem Anfall. Entbindung der Frau — es handelte sich um eine Gesichtslage — durch Wendung in Narkose. Sowie nun die Wirkung der Narkose aufhörte, begann Pat. eine grosse motorische Unruhe zu zeigen, die sich so steigerte, dass man die Frau kaum im Bett

halten konnte. Sie verzerrte ihr Gesicht stiess unartikulierte Laute aus, fletschte die Zähne und biss nach den Aerzten. Ueberführung in die Charité, wobei sich Pat. während des Einladens in den Krankenwagen gegen die Krankenträger mit dem Ausdruck höchster Angst auf dem Gesicht wehrte. Bei der Aufnahme war Pat. unruhig, stöhnte und schrie; keine Worte oder Aeusserungen; beim Ausziehen stark abwehrend, schlägt nach den Wärterinnen. Auf Hyoscyamin Beruhigung. Am anderen Morgen (10 Stunden nach dem Suizidversuch) liegt Pat. ganz ruhig im Bett, Augen weit geöffnet. Keine Wortverständigung. Die Aufforderung, nachzusprechen, bleibt ohne Erfolg. Reagiert nicht auf Herantreten des Mannes. Pupillen weit. Lichtreflex prompt. Im Laufe des Tages vollständige Aufhellung. Erinnert sich der Anwesenheit des Arztes in der Wohnung. Vom Suizidversuch ab, dessen sie sich noch erinnert, weiss sie nichts Bestimmtes mehr. Nach ihrer vollständigen Genesung gab Pat. noch an, dass sie die Tat begangen habe in einer fürchterlichen Todesangst. Sie habe die Vorstellung gehabt, man wolle ihr in ihren Schmerzen nicht helfen und die Aerzte seien gekommen, sie zu zerreißen. Von den Vorgängen nach dem Conamen suicidii wisse sie nichts mehr, habe nur noch die Erinnerung an uniformierte Männer (die Krankenwärter), welche sie anfassen und ihr das Kind aus dem Leib reißen wollten. Sie wusste also nicht, dass sie entbunden war, kannte auch Siegwart, der erst nach dem Conamen suicidii eingetroffen war, nicht. Als Erklärung für den Selbstmordversuch nimmt Siegwart einen transitorischen Verwirrheitszustand an, hervorgerufen durch die langdauernde Geburt mit ihrem starken Wehenschmerz. Den darauffolgenden hochgradigen Erregungszustand deutet er, nach Wollenberg's Schilderung, als Zustand der wiederbelebten Erhängten.

Wie dem auch sei: sowohl in Siegwart's Fall, wie in unserem, handelt es sich um eine transitorische Verwirrtheit mit hochgradiger, motorischer Unruhe. Besonders hervorheben möchte ich aber, dass in beiden Fällen der Angsteffekt eine grosse Rolle zu spielen scheint, in Siegwart's Fall die Angst der Patientin, man wolle ihr in ihren Schmerzen nicht helfen, die Aerzte seien gekommen, sie zu zerreißen, in unserem Fall die Angst vor der Zange.

Fall II (Beobachtung Dr. Traugott).

32jährige Mehrgebärende, die 1903 und 1906 spontane Geburten durchgemacht hatte. Anamnestisch keine Besonderheiten. Am 17. 10. 12 trat Pat. in die gynäkologische Abteilung der Frauenklinik ein, wurde Tags darauf wegen stielgedrehter rechtsseitiger Ovarialzyste operiert und am 30. 10. 12 als geheilt entlassen, nachdem eine Gravidität im dritten Monat festgestellt worden war. Psychische Störungen wurden bei der Pat. nicht wahrgenommen. Am 26. 5. 13 erfolgte die Aufnahme der Pat. in die geburtshilfliche Abteilung. Sie klagte über häufiges Erbrechen und grosse Mattigkeit im Verlauf der Gravidität. Der Hämoglobingehalt betrug nur 50 pCt. Am 26. 5. 8 Uhr 55 Min. nachm. erfolgte die spontane Geburt des Kindes. 9 Uhr 5 Min. spontane Geburt der Plazenta.

10 Uhr 20 Min. Nachm. (1½ Stunde nach der Geburt). Pat. ist sehr blass, deliriert, spricht mit Hans, der kommen soll. Spielende, ausladend gestikulierende Arm- und Fingerbewegungen. Auf Anruf und Befragen ist keine Antwort zu erzielen. Aus dem Uterus werden etwa 200—300 ccm Blutkoagula exprimiert und einige etwa handtellergrösse Fetzen entfernt.

10 Uhr 45 Min. gibt Pat. wieder Auskunft auf Befragen, ist aber noch vollständig desorientiert, 10 Uhr 50 Min. ist Pat. vollkommen klar. Fragt sachlich und spricht richtig über alles. Sie gibt richtige Auskunft über Datum, Ort, Ursache ihres Hierseins usw.

Kein Albumen im Urin. Das Wochenbett war fieberfrei. Am 4. 6. 13 wurde Pat. geheilt entlassen.

2 Monate später machte mir Pat. folgende katamnestic Angaben über den Geburtsverlauf: Sie habe noch genaue Erinnerung von allem, was vor und während der Geburt geschah; so weiss sie, dass sie sehr geschrien und man ihr gütlich zuredet habe. Dann sei sie sehr müde gewesen und darüber eingeschlafen. „Ich glaube, mein Mann und die Kinder waren da, und ich sprach mit ihnen; die standen bloss so weit ab und haben keine Antwort gegeben: ich dachte, die dürfen nicht antworten.“ [Zur Zeit glaubt Pat., dass sie nur „geträumt“ habe, sie habe die Kinder gesehen, denn „die werden doch nicht zugelassen, aber ob mein Mann da war oder nicht, weiss ich wirklich auch jetzt noch nicht, ich habe noch nicht mit ihm darüber gesprochen.“] In Wirklichkeit waren natürlich weder Mann noch Kinder während der Geburt zugegen. „Als ich aufwachte, — fährt Pat. fort — war ich noch ganz verträumt, überlegte mir, wie es mit dem Kind ist, und sagte mir: Es ist ja wahr, Du hast ja jetzt den Bub. Dann hat ein Arzt, Dr. M., mir den Bub gebracht. Wie der Arzt gekommen war, weiss ich nicht.“ (Dr. Traugott, der die ganze Zeit bei ihr war, erinnert sie sich gar nicht, gesehen zu haben.) „Ich dachte, es muss schon lange — vielleicht mehrere Stunden — sein, dass ich geboren habe. Ich glaubte, ich müsste noch genäht werden, weil dies bis jetzt bei jeder Geburt war; da sagte man mir, es sei schon geschehen.“ (Pat. erinnerte sich nicht, dass sie wegen eines Dammrisses I° genäht worden war.) „Da war ich wieder sehr müde, und das Kind war da, da bin ich wieder eingeschlafen.“

Kurz zusammengefasst haben wir es hier, wie in unserem 1. Fall, mit einem Verwirrtheitszustand mit motorischer Unruhe, Desorientiertheit, Halluzinationen und Amnesie für den Geburtsvorgang zu tun, der etwa 1½ Stunden nach der Geburt ausbrach und nur ½ Stunde dauerte.

Eine eingehende psychische und somatische Untersuchung der Pat. ergab keine Besonderheiten. Von hereditärer Belastung in der Familie ist nichts bekannt. Der Hämoglobingehalt betrug noch immer nur 50 pCt.

Fall III.

28 jährige Zweitgebärende. Anamnese ohne Besonderheiten. Keine Heredität. Die Geburt verlief normal. Unmittelbar nach der Geburt geriet Pat. in

einen hochgradigen Erregungszustand mit grosser motorischer Unruhe und lebhaftem Angstaffekt. Erklärt, sie habe eine unaussprechliche Angst, ihr drohe etwas Schlimmes, sie müsse sterben. Pat. ist sehr blass, Pupillen sind weit, reagieren prompt. Kein Eiweiss im Urin. Der Zustand dauerte 3 bis 4 Stunden. Auch hier völlige Amnesie. Irgendwelche psychische Störungen waren sonst nie bei der Pat. wahrzunehmen. Bemerkenswert sind die heftigen Angstgefühle der Pat., die uns auch bei unserm ersten Fall, bei dem Fall Siegwart's und endlich bei dem Fall Roustan, den ich weiter unten näher beschrieben habe, begegneten.

Fall IV.

Erstgebärende. Keine Heredität. Psychische Abnormitäten wurden niemals bei ihr beobachtet.

Eine Stunde vor der Geburt wurde Pat. plötzlich vollkommen verwirrt, zeigte lebhaft, motorische Unruhe, halluzinierte, war völlig desorientiert. Entbindung mit der Zange ohne Narkose. Der Zustand dauerte etwa noch 1 Stunde fort. Gesamtdauer etwa 2 Stunden. Amnesie, die soweit ging, dass Pat. überhaupt nicht wusste, dass sie geboren hatte. Während des Anfalls war das Gesicht der Pat. lebhaft gerötet. Pupillen etwas eng, prompte Reaktion. Kein Eiweiss im Urin. Fieberfreier Verlauf des Wochenbettes ohne irgendwelche Störungen.

Fall V.

Unmittelbar nach der Geburt einsetzender Verwirrtheitszustand mit motorischer Unruhe, Desorientiertheit, Halluzinationen, Amnesie für den Geburtsvorgang. Nach einigen Stunden war Pat. wieder klar. Pupillen reagierten. Kein Eiweiss im Urin. Es ist dies der einzige derartige Fall, den Dr. Neubürger unter 3160 Geburten in seiner Privat-Entbindungsanstalt beobachtete.

Hinsichtlich der Aetiologie möchte ich auf Anton verweisen. Nach ihm ist es insbesondere für die Funktion des Nervensystems entscheidend, dass die Relation von Gehirndruck und Blutdruck in erträglichen Grenzen bleibt. Besonders in unserem zweiten Fall dürfte bei der bestehenden Anämie dieser Umstand eine erhebliche Rolle spielen. Weiterhin ist es nach Anton der intensive Schmerz, welcher an sich schon imstande ist, das Nervenleben zu alterieren. Dazu gesellt sich auch die psychische Aufregung besonders bei ausserehelich Geschwängerten.

Sei es mir zunächst gestattet, einige einschlägige Fälle aus der älteren Literatur kurz zu erwähnen.

Montgomery teilt folgende Beobachtungen mit: Eine Frau, reizbaren Temperamentes, zum zweiten Male gebärend, zeigte während des Gebäaraktes bis dahin nichts Bemerkenswerthes. Nun wurden die Wehen heftig und der kindliche Kopf drückte bedeutend auf den Muttermund. Als der Arzt einige gleichgültige Fragen an sie tat, streckte sie ihren nackten Fuss aus dem Bette und verlangte, dass ihr die Stiefel ausgezogen würden.

Nachdem ein paar Wehen vorübergegangen waren, wiederholte sie dieselbe Bitte und setzte hinzu, man möchte einen Krug Wasser über sie giessen. Nachdem wiederum 2—3 Wehen vorbei waren, rief sie plötzlich: „Doktor! meinen Sie nicht, dass Herr N. ein sehr schöner Mann sei; ich halte ihn für den reizendsten Mann; ich wollte, ich wäre an ihn verheiratet.“ Der Genannte war vielleicht der hässlichste Mann unter der Sonne. Diese psychische Alienation dauerte ungefähr eine Viertelstunde, bis der Kopf durch den Muttermund war.

Eine 25jährige Erstgebärende war, als der Kopf anfang, durch den Muttermund sich durchzupressen, irre, verlangte, sich in einen Wagen zu setzen und nach Ballybay zu fahren; als der Kopf durch war, war auch diese fixe Idee verschwunden.

Eine 40jährige kam zum 9. Male nieder. Beim Durchpressen des Kopfes wollte sie aufstehen und nach ihren Kindern sehen, um sie in die Schule zu schicken; dabei beschwerte sie sich sehr, dass ihre Mutter nicht zu ihr komme und sie bei der Geburt unterstütze, während diese doch am Bette stand und ihre Hand gefasst hatte. Unmittelbar nachher trat der kindliche Kopf in das kleine Becken herab und damit verschwand die Geistesabwesenheit, die nicht länger als 5 Minuten gedauert hatte.

Eine 30jährige sang während des Durchpressens des Kopfes eine italienische Arie, die sie jederzeit wiederholte, so oft neue Wehen eintraten. Nachdem der Kopf durch war, kam sie sogleich wieder zu sich.

Einen ähnlichen Fall schildert Cazeaux in seinem *Traité d'accouchement*. Nach einer sehr heftigen und langdauernden Wehentätigkeit habe eine junge Frau plötzlich zu klagen aufgehört, gelächelt, und nach einigen unzusammenhängenden Reden mit lauter Stimme die grosse Arie aus „Lucie“ gesungen. Nach sofortiger Entbindung mit der Zange habe sich der Zustand wieder gebessert und die Verwirrung sei nicht mehr aufgetreten.

Kluge berichtet folgenden Fall: 24jähriges, kräftiges Landmädchen, das sich während der Schwangerschaft stets fleissig beschäftigt hatte und sich bescheiden, freundlich und gutartig betrug. „Als sie jedoch zu kreissen begann, zeigte sie sich gleich als die ersten Wehen eintraten, gegen alle Anordnungen widerstrebend, suchte sich vom Entbindungszimmer zu entfernen, beleidigte die ihr Hilfe leistenden Personen, ja erlaubte sich sogar Tätlichkeiten, indem sie gemeiner und schmutziger Ausdrücke sich bedienend, den untersuchenden Arzt an den Kopf schlug.“ Entbindung mit der Zange. „Auch noch jetzt zeigte die Kreissende das frühere Benehmen, führte gegen den Arzt beleidigende Reden und trat ihm, während der Anlegung der Zange, mit dem Fuss heftig gegen die Brust. Kaum war das Kind geboren, so griff sie mit Ungestüm nach demselben, um ihm, wie sie sagte, den Kopf abzdrehen. Kluge liess sie in das Wöchnerinnenzimmer bringen, woselbst sie sich, obgleich sie völlig wach blieb, ganz ruhig verhielt und sprach nicht eher, als bis die Wärterin zufällig dicht an ihr vorbeiging, worauf sie verwundert fragte, wie sie ins Zimmer der Wöchnerinnen komme? Weder zu dieser Zeit noch später hatte sie eine Erinnerung von dem, was während ihres 18stündigen Kreissens und während

der ersten 4 Stunden ihres Wochenbettes mit ihr geschehen. Sie war nun wieder ebenso bescheiden, freundlich und gutmütig, wie früher, pflegte ihr Kind mit aller Sorgfalt und Liebe und verliess ganz wohl die Anstalt.“

Barth beschreibt folgenden Fall: Frau N., 24 Jahre alt, früher gesund, hatte eine normale Geburt überstanden. Nach Ausstossung der Plazenta heftige Nachwehen. Kaum hatte der Arzt die Frau verlassen, als er zurückgerufen wurde, da die Frau rasend geworden sei. Sie kannte Niemanden, wähnte sich unter Räubern und Mördern, wehrte sich verzweifelt. Der sonstige Zustand war normal. Die Kranke wurde nach krampfstillenden Mitteln bald ruhig, schlief unter profuser Schweissbildung einige Stunden lang und erwachte dann ganz gesund und ohne Erinnerung an das Vorgefallene.

Einige weitere Fälle aus der älteren Literatur, die Marcé erwähnt, seien hier kurz wiedergegeben. Prost erwähnt bereits 1807 einen Fall von zweitägiger Verwirrtheit bei einer Kreissenden; nach Erbrechen von Würmern sei Pat. wieder ruhig und vernünftig geworden und kam ohne Störungen nieder. Marcé hält den Verwirrheitszustand für eine Folge des langen Kreissens der Pat.

Weill beobachtete bei einer nervösen Dame bei zwei aufeinanderfolgenden Entbindungen einen Verwirrheitszustand, der einige Stunden nach der Entbindung verschwand. Helme endlich, teilt den Fall einer Frau mit, bei der, während des Kreissens, ein plötzlicher Anfall von „Manie“ ausbrach. Das Amnionwasser war sehr reichlich vorhanden. Der Anfall verschwand und die Geburt verlief ungestört, nachdem die Eihäute gesprengt waren.

Aus der neueren Literatur sei zunächst der Fall Schwarzer mitgeteilt: Eine 28jährige II para war nach dreistündigen schmerzhaften Wehen entbunden worden, aber gleich nach der Geburt in Raserei verfallen, aus dem Bett gesprungen, hatte um sich geschlagen, gekratzt und gebissen, der Hebamme ein Waschbecken an den Kopf geworfen und sich so tobsüchtig verhalten, dass kaum vier Personen sie zu bändigen imstande waren. Schwarzer fand die Wöchnerin eine halbe Stunde darauf in einem höchst kongestionierten Zustande, das Gesicht glühend, mit wildrollenden Augen und jagendem Puls. Sie war in stärkster motorischer Erregung und erging sich unausgesetzt in zornigen Schmähworten und feindseligen Gesten gegen ihre Umgebung. Mechanisch beschränkt, wälzte sie sich unruhig auf dem Bette umher, bespuckte die Umstehenden, schrie laut und führte sinnlose, grösstenteils aus Schimpfworten bestehende Reden, bis sie endlich wegen eingetretener Heiserkeit verstummte. Nachdem der Paroxysmus 4½ Stunde gewährt hatte, trat ein Erschöpfungszustand von ungefähr viertelstündiger Dauer und alsdann tiefer Schlaf ein, welcher von 7 Uhr morgens bis 5 Uhr nachmittags anhielt. Als Schwarzer bald darauf die Wöchnerin besuchte, waren ihre ersten Worte: „Ah, Sie sind es Herr Doktor! Wie lange habe ich schon nicht das Vergnügen gehabt Sie zu sehen?“ Sie hatte keine Ahnung davon, dass der Arzt kurz vorher, beinahe 5 Stunden lang, in ihrer unmittelbaren Nähe gewilt hatte. Ihre Erinnerung reichte, obwohl dunkel, nur bis zu dem Augenblick, als die Hebamme beim Austritt des Kindes die Worte: „Es ist ein Mädchen!“ ausgerufen hatte. Von diesem Momente an bis zum Erwachen aus dem Schläfe, hatte alles Bewusstsein aufgehört.

Debus und Sarwey berichten folgenden Fall: Es handelt sich um eine 20jährige I para. Die Dauer der ganzen Geburt betrug 22 Stunden, die Wehentätigkeit war sehr kräftig, besonders gegen das Ende der Austreibungszeit. Der künstliche Blasensprung wurde 1½ Stunde a. p. gemacht. Die Kindslage war die 2. Hinterhauptslage. Die Nachgeburt erschien 20 Minuten p. p. durch Expression vollständig, der Damm war intakt.

Die mir zur Verfügung gestellte Geburtsgeschichte lautet: „Nachdem seit heute morgen 6 Uhr trotz kräftiger und schmerzhafter Wehen bis mittags ½1 Uhr keinerlei Aenderung im Stand des Kopfes und der Weite des Muttermundes eingetreten ist (bei 3 Markstückgrossen Muttermund steht der Kopf immer noch beweglich im Beckeneingang, hinter dem Muttermund steht, ohne sich zwischen denselben auch nur im mindesten während der Wehe hineinzudrängen, die prall gespannte Fruchtblase), wird wegen der relativen Ueberfüllung der letzteren der künstliche Blasensprung mit einem spitzen Scherenblatt gemacht, worauf der Kopf sofort fest in den Beckeneingang tieferückt. ¾ Stunden a. p. (1 Uhr 15 Min.) werden die Wehen so stark und schmerzhaft, dass die Kreissende trotz allen guten und ernsten Zuspruchs schreit und tierisch brüllt, keinen Augenblick ruhig bleibt, sich im Bett bald auf dem Rücken oder der Seite, bald auf den Knien hin und her wirft, stürmisch verlangt, man solle ihr ein Mittel zum Sterben geben, zyanotisch im Gesicht wird, kurz, in höchst erregtem Zustand ist, in welchen sie offenbar durch ihre Schmerzen versetzt wurde. Plötzlich blickt sie mit starren, stieren Augen um sich, schwatzt wirres Zeug: Sie möchte heim, die Mutter rufe ihr, sie weiss nicht mehr wo sie ist, dass sie niederzukommen im Begriffe ist, erkennt den Arzt nicht mehr, schimpft über die fremden Leute (Hauspraktikanten). Eine Spritze Morphium (0,03); sie liegt von jetzt ab zyanotisch, bewusstlos da mit reaktionsloser Pupille. Unterdessen wird durch kräftige Wehentätigkeit das Kind geboren; gleich darauf fragt sie, was denn so schreie, und will nicht glauben, dass es ihr Kind sei, sie habe ja gar nichts davon gespürt. Weiter fragt sie, woher denn ihr Bauch so klein geworden sei.

Allmählich kehrt das Bewusstsein wieder, langsam fällt ihr ein, dass sie sich im Kreissaal befindet, allmählich erkennt sie auch den Arzt wieder und gibt an, dass sie absolut nichts davon wisse, dass und wie sie geboren habe. Sie fühlt sich etwas erschöpft und hat Hunger, im übrigen besteht Wohlbefinden. Kein Eiweiss im Urin.“

Weiskorn beschreibt folgenden Fall: 21 Jahre alte Erstgebärende.

Anamnese: Mutter ist gesund, über den Vater ist keine Auskunft zu erhalten. Es leben noch zwei Schwestern und ein Bruder, die alle gesund sind. Zwei Brüder sind gestorben, sie sollen beide an Kopfschmerzen gelitten haben. Eine Schwester, die, 23 Jahre alt, gestorben ist, soll an Krämpfen gelitten haben. Gravida will mit 8 Jahren die Treppe hinuntergefallen sein und eine Wunde am Hinterkopf und an der Stirn davongetragen haben. Die Wunde wurde in Düsseldorf vernäht. Seit dieser Zeit will die Patientin häufig an Kopfschmerzen gelitten haben. Auch soll bei Regenwetter die Kopfwunde am Hinterhaupt stark angeschwollen und sehr schmerzhaft gewesen sein. Die An-

schwellung ist stets von selbst zurückgegangen. Krämpfe will die Patientin nie gehabt haben und auch sonst stets gesund gewesen sein. Die erste monatliche Reinigung erfolgte mit 17 Jahren. Die Menses sind unregelmässig und sehr schmerzhaft. Die Schwangerschaft verlief normal.

Die äussere Untersuchung ergibt Lage 1b.

26. 12, vorm. 4 Uhr: Der Muttermund ist fünfmarkstückgross; die Wehen sind kräftig. Um 8 Uhr stellt sich grosse Benommenheit ein. Die Kreissende klagt über starke Kopfschmerzen und fängt bald darauf an zu phantasieren. Dieselbe glaubt in ihrer Tätigkeit als Kravattennäherin zu sein; sie schimpft über ihren Prinzipal, der ihr Vorwürfe wegen eines mitgenommenen Lappens macht. Dann glaubt sie wieder bei der Arbeit zu sein, rühmt ihre Kunst und zeigt ihre schönen roten und gelben Seidenstücke. Auf Fragen gibt sie verwirrte Antworten und erzählt allerlei Geschichten. Sie behauptet, wegen Finsternis nicht sehen zu können und bittet ihre Freundin, Licht zu machen; über ihren Zustand ist sie sich ganz im Unklaren. Die Wehen sind kräftig. Die Schwangere greift oft nach dem Leib und sagt: „Wer drückt mich denn da?“ Auf Anfragen, ob sie sich nicht klar darüber sei, dass sie Wehen habe, entgegnet sie tief entrüstet, sie sei überhaupt nicht schwanger und habe keine Wehen. Auch kratzt sie sich oft den Kopf und klagt über Kopfschmerzen. Unter kräftigen Wehen verläuft die Austreibungsperiode gut und 9 Uhr 50 Minuten abends wird spontan ein kräftiger Knabe geboren.

Die Gebärende hat das Gefühl, als ob sie auf dem Abort sässe, und klagt über harten Stuhl. Der Damm reisst bei der Geburt 1 cm ein. Kurze Zeit nach der Geburt sind die Erscheinungen geschwunden. Da sich jedoch bald Unruhe zeigt, werden 2,0 g Chloralhydrat gegeben. Die Unruhe bleibt die beiden folgenden Tage, auch treten Kopfschmerzen auf. Am dritten Tage geht die Temperatur, die sonst normal gewesen, auf 38,0° C. hinaus; Puls 117.

Der Leib ist auf Druck empfindlich. Die Wöchnerin wird isoliert. Die Dammwunde zeigt sich bei der Besichtigung stark gerötet und die Umgebung infiltriert. Die Nähte werden entfernt und der Uterus wird mit Lysol ausgespült. Abends war die Temperatur 38,5° C., der Puls 120. Es wurden 2,0 g Chloralhydrat und Alkohol in grossen Mengen gegeben. Am folgenden Tage war das Fieber und die Druckempfindlichkeit des Leibes geschwunden. Die Kranke war wesentlich gebessert und blieb von da ab fieberfrei; sie konnte am 11. Januar geheilt entlassen werden. Nach dem Anfall war Amnesie vorhanden in dem Grade, dass der Wöchnerin erst mit einigen Bemühungen beigebracht werden musste, dass sie geboren habe.

Roustan beschreibt mehrere hierher gehörige Fälle. Im ersten Fall handelte es sich um eine 24-jährige Primipara, die nach 16stündigem Kreissen folgende psychische Symptome darbot, die Roustan möglicherweise für hysterischer oder epileptischer Natur hält. Pat. klagte jedermann an, man wolle sie töten. Von ihrer Mutter sagte sie, sie sei zwar eine brave Frau, aber doch wie die anderen, Von ihrem zärtlich geliebten Mann behauptet sie: er sei seit 2 Tagen gekommen. kümmere sich aber gar nicht um seine Frau. Als ihr Vater sich ihr näherte, um mit ihr zu sprechen, meinte sie: „Wer ist dieser Mann? Er ist sehr kühn. Er sagt,

ich solle ihn küssen; erduzt mich“. Sie jammert über ihr Schicksal: Arme Marie-Luise. Du bist so jung und man will Dich töten. Mich, die ich geträumt hatte, Mutter zu sein, mich will man töten. Wenn ich gesund werde, werde ich mich rächen. Mutter, wirf alle diese Leute heraus.“ Sie fragt nach ihren Schwestern. Man antwortet ihr, sie seien bei einer Nachbarin. „Man hat sie entfernt. Ich verstehe, weil ich sterben werde. Mutter, wirf alle diese Leute heraus.“ Nach 5 Stunden beruhigte sich die Kranke und eine relative Ruhe herrschte bis zur Entbindung, die günstig verlief. Die Kranke erinnert sich nicht, verwirrt gewesen zu sein.

Im zweiten Fall, der von Dr. Gaucher beobachtet wurde, handelt es sich um eine 19 jährige Primipara, die sehr heftige Wehen und ziemlich schwere Blutverluste während der Entbindung ertrug. Einige Augenblicke nach der Geburt begann die Kranke laut zu lachen, forderte ihr Kind, stiess unzusammenhängende, durch Lachen unterbrochene Sätze aus. Als man ihr das Kind brachte, drückte sie es mit einer solchen Gewalt, dass sie es unzweifelhaft erstickt hätte, wenn man es ihr nicht rasch fortgenommen hätte. Dieser Zustand, dem eine tiefe Niedergeschlagenheit folgte, dauerte 25 Minuten. Die Pat. erinnerte sich sehr wohl der letzten Wehenschmerzen, aber es fehlte ihr jegliches Erinnerungsvermögen für das, was sich in der ersten Stunde nach ihrer Entbindung zutrug.

Im dritten von Dr. Evrot mitgeteilten Fall handelte es sich um eine 32 jährige Mehrgebärende. Etwa 2 Stunden vor ihrer Niederkunft klagte sie über heftige Schmerzen wohl in Folge von Verwachsungen nach einer früher durchgemachten Salpingitis, erkennt plötzlich niemand mehr, weder ihren Gatten, noch den Arzt, noch die Krankenwärterin. Sie weiss nicht mehr, dass sie schwanger ist und, obwohl sie im allgemeinen sehr zurückhaltend ist, bedient sie sich gemeiner Redensarten und stösst Schmähungen aus. Sie ist wenig erregt und kommt nieder, ohne dass es ihr zum Bewusstsein kommt. Dieser Verwirrheitszustand dauerte nach der Geburt noch etwa eine Stunde, im ganzen 3 Stunden. Die Kranke weiss nicht, dass sie niedergekommen ist, will ihr Kind nicht sehen und erkennt ihre Umgebung noch immer nicht. Allmählich kehrt ihre Besinnung wieder; sie glaubt, dass das Kind ihr Kind ist, sie spricht, erkennt ihre Umgebung wieder, aber erst Tags darauf erinnert sie sich wieder an ihre Schwangerschaft. Von ihrer Niederkunft wusste Pat. nichts und erinnerte sich an nichts, was sie während ihres Verwirrheitszustandes gesagt hatte. Sonstige Zeichen von Geistesstörung haben sich nie bei ihr bemerkbar gemacht.

Die forensische Bedeutung solcher Fälle ist von allen Autoren betont worden. Ich möchte hierbei nur an die Worte Krafft-Ebing's erinnern: „Eine ganz hervorragende Bedeutung gewinnen die im Vorausgehenden geschilderten transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins während des Gebärrakts und in der ersten Zeit nach demselben, da sie hier nicht selten eintreten, zu einem schweren Verbrechen, der Kindes-tötung, führen können, und da Zeugen selten je zugegen gewesen sein

dürften, der unfreie Zustand zudem ein ganz transitorischer war, die Herstellung des subjektiven Tatbestands mit äussersten Schwierigkeiten dann verbunden ist.“

Trotz ihrer grossen Seltenheit, besonders, wenn weder Hysterie noch Epilepsie als ätiologische Momente in Betracht kommen, sind Fälle, wie die oben geschilderten, dem Psychiater wohl bekannt. Es sollte daher bei der Aufwerfung der Frage des Kindsmordes der Gerichtsarzt auch die Möglichkeit eines transitorischen Verwirrtheitszustandes bei der Wöchnerin stets in Betracht ziehen.

Literaturverzeichnis.

- Anton, Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Veit's Handb. d. Gynäk. 1910.
- Barth, zitiert bei Dörfler, Der Geisteszustand der Gebärenden. Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. 1893.
- Cazeaux, Traité d'acconchements.
- Debus, Ueber Bewusstlosigkeit während der Geburt. Inaug.-Diss. Tübingen 1896.
- Krafft-Ebing, Ein Beitrag zur Lehre vom transitorischen Irresein. Erlangen 1868.
- Kluge, Medizinische Zeitung vom Verein für Heilkunde in Preussen. 1833. Nr. 22.
- Marcé, Traité de la folie des femmes enceintes. 1858.
- Montgomery, zitiert bei Friedreich, Gerichtliche Psychologie. Leipzig 1835.
- Raecke, Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903.
- Runge, Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. Bd. 48. 1911.
- Roustan, De la psychicité de la femme pendant l'accouchement. Bordeaux 1900.
- Sarwey, Fall 66 der Kasuistik in Schmidtman, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Bd. 3.
- Siegwart, Selbstmordversuch während der Geburt. Arch. f. Psych. Bd. 42 1907.
- Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Lehrbuch d. Psych. von Binswanger und Siemerling. 1911.
- Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik. Bd. 6. 2.
- Siemerling, Ueber Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Münch. med. Wochenschr. 1904.
- Schwarzer, Die transitorische Tobsucht. Wien 1880.
- Theilhaber, Der Zusammenhang von Nervenkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Geb. der Frauenheilk. u. Geburtshilfe. Halle 1902.
- Weiskorn, Transitorische Geistesstörungen beim Geburtsakt und im Wochenbett. Inaug.-Diss. Bonn 1897.

Fall	Anamnese	Insulterscheinungen	Datum der Untersuchung	Mo-
				tilität
Unser Fall I, G. St., Arbeiter, 58 J.	?	Am 9. 8. 1909 beim Erwachen merkt Pat., dass er nicht schlucken kann. Zugleich Sprachbeschwerden.	17. 8. 1909.	o. B.
Unser Fall II, Friedrich Gr., 62 J.	Potator.	Am 10. 12. 06 plötzlich Schwindel und Uebelkeit. Schweissausbruch, Schluckbeschwerden.	11. 12. 1906 bis 3. 1907	
			Ende 1907.	o. B.
Unser Fall III, Karl K., Wein- zapfer, 52 J.	Potator.	Am 28. 12. 1908 beim Aufstehen merkte Pat. Schwindel, dusliges Gefühl im Kopf, und dass er schlecht schlucken konnte. Der Schwindel wurde am nächsten Tage stärker, die Sprache verwaschen. Pat. konnte wegen der Unsicherheit nicht gehen, er fürchtete nach links zu fallen.	31. 12. 1908.	o. B.
Unser Fall IV, Berta B., un- verheiratet, 69 J.	o. B.	Am 31. 12. 1907 plötzlich Uebelkeit und Erbrechen. Pat. wurde dann bewusstlos. Als sie nach längerer Zeit erwachte, spürte sie starken Schwindel und konnte nicht gehen.	2. 1. 1908.	o. B.

		K ö r p e r - S e n s i b i l i t ä t		
		subjektiv	auf der herdkontralateralen Seite	auf der herdhomolateralen Seite
ite	Cornea, Conjunct.			
zt, pfunden.		—	Am Bein herabgesetzt (Näheres nicht bekannt).	—
		—	Taktil. o. B. Schmerz an der l. Halsseite, Rumpfseite des l. Armes, Innenseite des l. Oberschenkels deutlich, an den übrigen Partien der l. unteren Extr. nur undeutlich herabgesetzt. — Temperatursinn an der ganzen l. Körperseite mit Ausnahme des Kopfes herabgesetzt. — Lageempfindung o. B.	o. B.
	Korneal - Refl. fehlt r. fast ganz, l. +.	Linkes Bein wie abgestorben. Schmerzen im Genick u. der ganzen l. Seite. Kribbeln in den Händen.	Herabsetzung für Schmerz und Temperatur an der l. Rumpfseite und dem Oberschenkel vorn. Genauere Untersuchung wegen des abnormen psychischen Verhaltens nicht möglich.	o. B.
- st. an r- h. st. l.	Linkes Auge thränt, Sensibilität herabgesetzt.	Kältegefühl im rechten Bein.	Berührungs-, Gelenkempfindung, Tasterzirkelkreise, Lokalisationsvermögen überall intakt. Am-Hals im Ausbreitungsgebiet des 2. und 3. Halssegmentes und am Rumpf vorn und hinten ist die Temperaturempfindung gestört. Der Arm ist frei. Die Störung nimmt nach unten an Intensität zu, und zwar besonders stark von einer horizontalen durch den Nabel vorn, resp. den 12. Brustwirbeldorn hinten verlaufenden Linie abwärts. Abwärts von dieser Linie betrifft die Störung auch die Schmerzempfindung, ebenfalls nach unten zunehmend. Die Störung des Temperatursinnes ist folgende: Warm wird weit weniger warm empfunden als auf der anderen Seite, Eis gleich warm wie eine Temp. bis zu 34° auf der gesunden Seite. Erst Temp. über 34° werden auf der gesunden Seite als wärmer angegeben.	o. B.
	Sensibilität d. r. Kornea etw. herabgesetzt. Refl. r. < l. Konjunktiven beiders. verdickt u. bes. r. gerötet.	—	Auf der ganzen linken Seite Herabsetzung für Schmerz, Temperatur und Berührung. Stimmgabel- und Bewegungssensibilität intakt.	o. B.

Zunge	Schmecken	Kehlkopf		Gaumensegel		Gaumen-
		Motilität	Sensibilität	Motilität	Sensibilität	
Rechts Pa- rese (+ Atroph.?) Parästhe- sien.	—	?	Anästhesie	Pat. verschluckt sich leicht.	?	—
o. B.	An d. hinteren Zungenpar- tien aufge- hoben.	—	o. B.	Zäpfchen sieht nach l. — r. ge- lähmt.	Links scheint Pat. nichts zu fühlen.	—
Zittert, wird ge- rade her- ausge- streckt.	Vorn beider- seitsschwach, hinten o. B.	o. B.	o. B.	Rechts gelähmt, l. normal. Pat. verschluckt sich noch manchmal.	o. B.	—
Etw. nach l. heraus- gestreckt, sonst o. B.	o. B.	Links träge.	Fast völlig erloschen, anschei- nend bei- derseits.	In der Ruhe etwas nach r. verzogen, Zäpfchen sieht m. der Spitze nach l. Bewegungen l. schwächer als r.	L. sehr stark herabgesetzt.	Gaun Ref. Raeh Ref. derst schw. +
Weicht h. Heraus- strecken etw. nach r. ab.	An d. vorderen Zungenpar- tien Empfin- dung süß, sauer, salzig, r. stark her- abgesetzt; für bitter nicht sicher.	Rechts Posti- kuspaprese: mangelhafte Erweiterung beiguter Ver- engerung.	Herabge- setzt.	Hängt r. etwas, bei Bewegungen et- was nach l. ver- zogen, bewegt sich r. weniger. Pat. verschluckt sich häufig.	Beiderseits herabgesetzt.	Rech. löff schwa

	Gaumen- Rachen-Reflex	Sprache	Sehnenreflexe	Hautreflexe	Körpermotilität	Ataxie und Asynergie
int 3 zu	?	Ver- waschen leise, ohne Be- tonung.	o. B.	—	Gang sehr unsicher.	?
	—	Lang- sam und nasal.	Patellar-R. r. eher > l. L. Babinski? Obere Extremitäten o. B.	Kremaster-R. —	Händedruck l. etwas schwächer? Unbe- holfenheit des linken Beines. Unsicherer Gang.	—
	—	Nicht heiser.	Patell.-R. beiders. lebhaft, sonst o. B.	Fusssohlen-, Kremaster-R. o. B.	Passiv an d. Extremitäten o. B., aktiv etwas Schwäche, keine Lähmung. Patient spannt etwas.	Wackeln, besond l. Gang breit- beinig, zitternd
urk zt.	Gaumen- Ref. o. B. Rachen- Ref. bei- derseits schwach +	Ver- wasche- ner als sonst	Triceps-R. l. > r. Patell.-R. l. > r. Beim Beklopfen der r. Sehne auch l. Reflexzuckun- gen, nicht um- gekehrt. Achil- les-R. beiders. +. Fusssohlen-R. beiderseits ++. Kein Klonus, Periost-R. l > r.	Kremaster- u. Abd.-R. o. B. Starkes vaso- motorisches Nachröten, a. r. Bein mehr als am l.	Aktive Beweglichkeit überall mit guter Kraft. Im l. Bein Schwerfälligkeit der Bewegungen, Zehen- bewegungen lang- samer als r. Passive Beweglichkeit ohne Störung.	Im l. Arm Dia- dochokinesis ge- ringer als norm Kniesackenver- such und Kreis- bewegungen im l. Bein unsicherer als im r. Neigung nach l. zu fallen.
lzt.	Rachen- Ref. schwach	Heiser, nasal, ver- wasch.	Patell.-R. beiders. sehr lebh., Achil- les-R. o. B. Kein Fussklonus.	Ob. Abd.-R. r. +, l. fast —, unterer fehlt beiderseits (sehr schlaffe Bauchdecken) Kein Bab.	Pat. kann alle Bewe- gungen mit geringer Kraftausführen, viel- leicht rechts etwas schwächer als links. Passive Beweglich- keit o. B.	Diadochokinesis r. schlechter als l. Beiderseits etwas Ataxie. Stehen u. Gehen nicht mög- lich, weil Pat. mit den Beinen zu- sammenknickt.

Ataxie und Asynergie	Schwindel	Nystagmus	Puls, Respi- ration	Glykosurie	Allgemeiner Körperstatus	Verla
?	?	—	—	—	Im Urin Eiweiss, Zylinder, rote u. weisse Blutkör- per.	Pat. stirbt Herzschwä
—	Romberg +.	—	Puls etwas irregulär	—	Arteriengeschlän- gelt. Herzdämp- fung vergrössert. Urin o. B.	Pat. bot b suchung wesentlich
Wackeln, besond. Gang breit- füßig, zitternd.	Romberg —.	—	—	—	Guter Allgemein- zustand. Arterio- sklerotische Er- scheinungen am Herzen und den Arterien.	
1. Arm Dia- chokinesis ge- ger als norm. Hiebackenver- sch und Kreis- bewegungen im Bein unsicherer im r. Neigung nach l. zu fallen.	Im Liegen bei ge- schloss. Augen kein Schwindel. Ist ein Auge ge- schloss., das an- dere offen, so be- wegen sich die Gegenstände von l. nach r. Am schlimmsten sei- es, wenn beide Augen offen sind.	Beim Blick n. l. beiderseits Nystagmus rotat. mit einer Bewe- gung von l. nach r. Beim Blick nach r. ist der Ny- stagmus weit geringer.	Puls 90—100 regelm.	+	Gesicht stark ge- rötet. Tremor der Hände.	8 Tage nach Pat. plötzl. r. Obl. sup Allmähliche Symptome störung ralen Seit an Hals u Oberschen- kel nur und Fuss d und thern Die Sens Kornea un- auch gebe bestehen.
Hochokinesis r. schlechter als l. beiderseits etwas axie. Stehen u. gehen nicht mög- lich, weil Pat. mit den Beinen zu- sammenknickt.	Subjekt. Schwin- delgefühl.	Beim Blick n. r. deutlich, b. Blick nach l. auch etwas, aber weniger.	Puls regelm., etwas schwach 80 p. M.	—	Kleine gut ge- nährte Frau, Ge- sicht etwas kon- gestioniert. Be- trächtliche Skle- rose der peri- pheren Arterien. Hinterkopfrechts deutliche Klopf- empfindlichkeit. Urin o. B.	Der Zustand schlechter meist leic jede Unter- sehr an. f auch noc mungen hi Am 16. 1.

Zeit erwachte, spürte sie
starken Schwindel und
konnte nicht gehen.

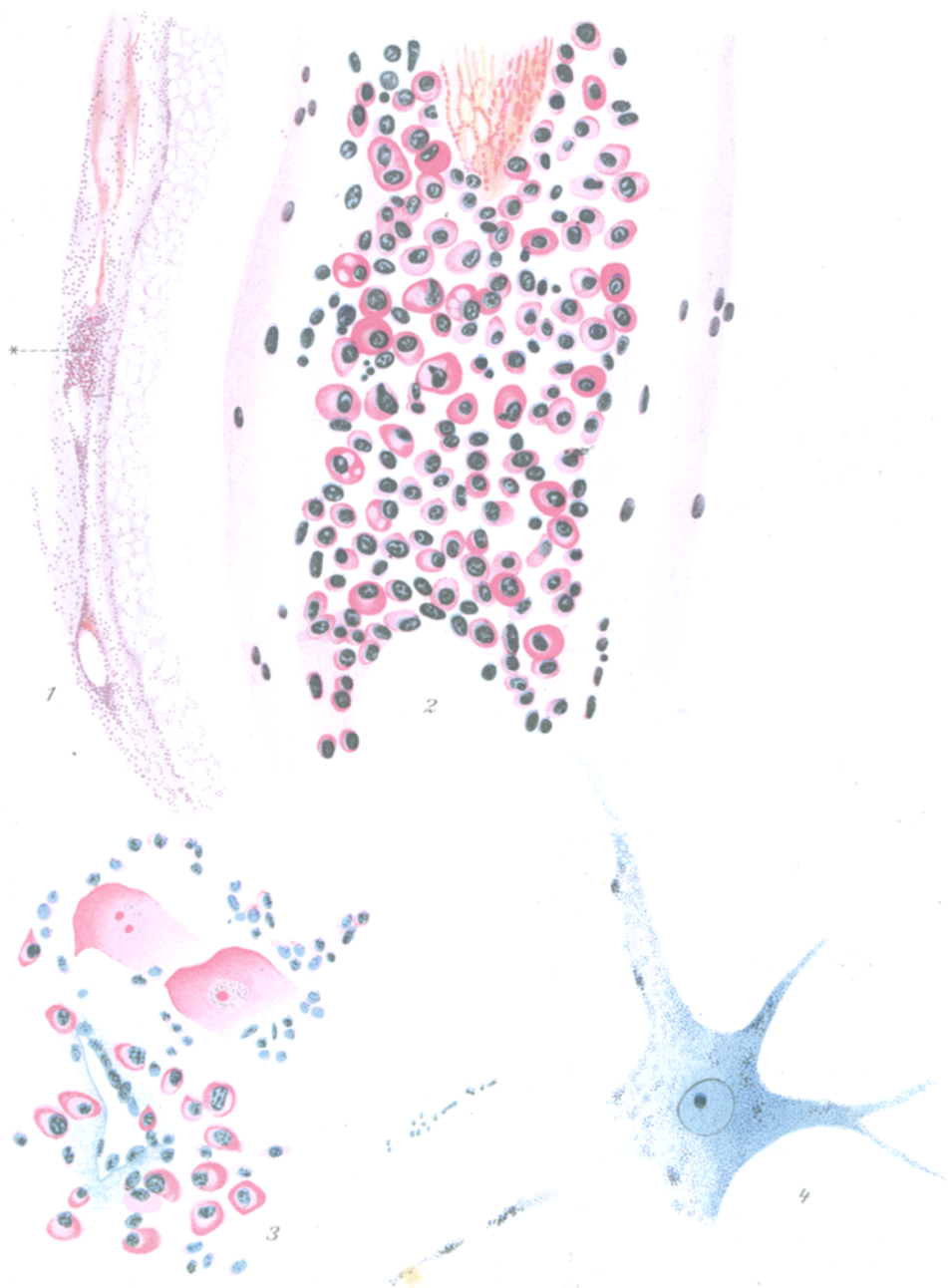
Patient gibt
ziemlich genaue
Grenze des Tr

1.	den. sonst	o. B.	körper-				
			hältte bis zur Medianlinie, nach oben bis zum Hals reichend, ein, stechender Schmerz i. d. l. Gesichts- hälfte, besonders um das l. Auge. Auch die halbe Zunge "hitzte". Die Beine bes- serten sich, der l. Arm ist aber noch unsicher.				
Unser Fall VI, L. K., Pferde- händler, 53 J.	Potator, Raucher.	5 Mon. vor der Untersuch. beim Aufstehen Bauchweh u. Taumeln. Schmerzen an der l. Seite, taubes Gefühl r. Schluckbeschwerd., Hei- serkeit. Das l. Auge war schwach. Neigung nach r. zu fallen. Die r. Seite war immer wärmer u. fühlt keine Kälte.	20. 2. 1912.	o. B.	L. Gesichtshälfte wie erfroren. chen i. d. Zu		
Wallenberg's Fall, Seilermeister, 38 J. Arch. f. Psych. Bd. 27 u. 34.	Seit der frühesten Jugend stark ge- schwächtes Sehver- mögen, inf. Katarakt. Potator, Raucher.	Am 9. 9. 1893 plötzlich Schwindelanfall: Pat. fiel hin, Schmerzen am l. Auge, dann in der ganzen Ge- sichtsseite. Zugleich Heiser- keit u. Schluckbeschwerden. Bewusstsein erhalten.	10. 9. 1893.	o. B.	Schmerzen in ganzen l. Gesichtshälfte.		
			15. bis 17. 9. 1893.	o. B.	d. l. Gesicht keine Schmer- mehr. Gefühl Pelzigsein.		
			4. bis 18. 10. 1896.	o. B.	Wechselnde Schmerzen in l. Regio supra		
			16. 2. 1894.	o. B.			

	Ref. r. < l. Konjunktiven beiders. verdickt u. bes. r. gerötet.			
h. l. und herz- bar- an- nen- l. ark, mp.	Links Sensi- bilität herab- gesetzt. Refl. l. < r.	—	In der ganzen rechten Körperhälfte, oben bis zum oberen Rande der Skapula resp. Klavikula reichend, Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindungen, und zwar am stärksten am Unterschenkel, weniger am Arm, am wenigsten am Rumpf. Eis wird als warm empfunden, ebenso wie warmes Wasser. Es be- steht kein Unterschied gegenüber ganz heissem Wasser, das kühler als auf der anderen Seite wahrgenommen wird. Eis wird etwa gleich emp- funden einer Temp. von 30—34° an der anderen Seite, erst über 50° war nur Wasser wärmer als Eis, doch immer geringer als auf der anderen Seite. Berührungs-, Schluckempfindung, Tasterzirkel, Lokalisationsvermögen o. B. Stimmgabelempfindung am Bein um durch- schnittlich 1/2—1—2 gegenüber l. herabgesetzt.	o. B.
b. l. op- her- herz acht Zei-	—	Taubes Gefühl in dem anal- getischen Ge- biet.	Deutliche Herabsetzung für Schmerz u. Tempe- ratur, für Berührung nicht sicher.	o. B.
nie h. B.	Keine frischen Störungen. Korneal-Reflex. r. +, l. —.	—	Auf der ganzen r. Seite totaler Verlust des Schmerz- u. Kältegefühls. Kalt als warm emp- funden, Temperaturdifferenzen bis 45° nicht er- kannt.	Geringe Hyper- ästhesie
	Lidschluss auch l. bei Berührung d. Cilien.	—	Gefühl für gröbere Temperaturdifferenzen und stärkere Nadelstiche in den Fingerspitzen zu- rückgekehrt. Sonst wie oben.	o. B.
	desgl.	Taubheitsge- fühl an den Extremitäten.	Am Unterschenkel und Fuss jetzt fast normale Verhältnisse. Am meisten gestört sind noch: Rücken, Brust, Bauch, für Temperatur auch Hals. Drucksinn am Arm herabgesetzt, Kraft- sinn, o. B.	o. B.

etw. nach r. ab.	von Zungen- dung süß, sauer, salzig, r. stark her- abgesetzt; für bitter nicht sicher.	hinweggenom- men, Erweiterung beiguter Ver- engerung.	was durch l. ver- zogen, bewegt sich r. weniger. Pat. verschluckt sich häufig.				wasch.	ter-R. o. B. Kein Funktions.	unterer fehlt beiderseits (sehr schlaffe Bauchdecke) Kein Bab.	Kräfte leicht schwä- Passiv keit o.
o. B.	—	o. B.	o. B.	o. B.	o. B.	—	o. B.	Patell.-R. beider- sehr lebhaft.	Plantar - Ref. l. > r. Abd- Kremaster-R. o. B.	Ganze r Bein a o. B. ebenfa- rung c der pa Nobkei
—	—	Linkes Stimm- band gelähmt.	—	o. B.	—	—	—	Patell.-R. ++.	o. B.	
In d. Ruhe d. l. Zun- gengrund stärker gewölbt als rechts. Sonst o. B.	o. B.	Linkes Stimm- band vollstg. gelähmt.	—	Steht r. etwas tief. als l., hebt sich beiderseits sehr wenig beim An- lauten. Schluck. sehr erschwert.	Herabgesetzt.	—	Ausser Heber- keit keine deutlich. Störung.	Patell.-R. beider- seits —.	Plantar - R. o. B., Kremast- R. l. —, Ab- dominal-Ref. beiders. —.	Subjekt geföhli keine groben r. noob
desgl.	desgl.	desgl.	—	Flüssige Speisen können schon bessergeschluckt werden.	Keine gröb. Störungen.	—	desgl.	Patell.-R. ist r. zurückgekehrt, l. nur spurweise auszulösen.	Abdom.-R. —, Kremaster-R. +. R. > l.	
desgl.	desgl.	Bei Inspiration geringe Aus- wärtsbewegg. d. l. Stimm- bandes, bei Intonation Stillstand.	Anschei- nend nor- mal.	Steht r. etwas tiefer, kontra- hiert sich aber r. besser als l. Uvula dabei nach l. verzogen.	Am l. harten, weniger am l. weich. Gaum. geringere Empfindlich- keit f. Nadel- stiche?	—	—	Patell.-R. beider- seits gleich, Radi- alis-R. l < r. An- konäus-R. bei- derseits schw.	—	
desgl.	desgl.	Linkes Stimm- band wieder deutlicher parcisch (Pat. hat ge- sungen), r. Stimmband geht bei der Phonat. über d. Mittellinie.	desgl.	Hebt sich besser r. als l. Uvula b. d. Phonation n. r. verzogen. Keine Schluck- beschwerden.	Nicht merklich verändert.	—	—	Rechts und links gleich.	Mit Ausnahme des fehlenden epigastr. Ref. beiderseits gleich gut auszulösen.	

Ehlt b affe (en)	Krauführen, viel- leicht rechts etwas schwächer als links. Passive Beweglich- keit o. B.	Beiderseits etwas Ataxie. Stehen u. Gehen nicht mög- lich, weil Pat. mit den Beinen zu- sammenknickt.	bergebl.	r. deutlich, b. Blick nach l. auch etwas, aber weniger.	Fegelm, etwas schwach 80 p. M.		nährte Frau, Ge- sicht etwas kon- gestioniert. Be- trächtliche Skle- rose der periph- eren Arterien. Hinterkopfrechts deutliche Klopf- empfindlichkeit. Urin o. B.	Der Zustand der Patientin ver- schlechtert sich. Sie liegt meist leicht benommen da, jede Untersuchung strengt sie sehr an. Schliesslich soheinen auch noch Augenmuskelläh- mungen hinzuge treten zu sein. Am 16. I. Exitus (Atemlähmg.)
hst. h. h.	Ganze r. Seite und l. Bein aktiv u. passiv o. B. Im l. Arm ebenfalls keine Stö- rung der Kraft und der passiven Bewe- glichkeit. Gang o. B.	Ataxie im linken Arm beim Ver- such, die Nase zu berühren.	Subjektiv kein Schwindel, kein Romberg.	—	—	—	Grosser gut ge- nährter Mann. Beträchtl. Skle- rose der Arterien u. des Herzens. Urin o. B.	Pat. wird nach einigen Tagen mit dem gleichen Befunde ent- lassen.
—	—	—	Beim Gehen u. b. Romberg'sehen Versuch etwas Neigung, nach r. zu fallen.	—	—	—	—	—
Subjektiv. Schwäche- gefühl i. l. Arm. Obj. keine Störung der groben Kraft, weder r. noch l.	Deutliche Ataxie der l. Extremitäten.	Beim Versuch, sich aufzurichten, stark. Schwindel u. Fallen nach r.	Nyst. horizont. s. vertical.	Puls 76-82.	—	Kräft. Mann, Fett- degeneration des Herzens. Keine Sklerose d. periph- eren Arterien. Temp., Urin o. B.	Nachuntersuchung i. März 1895.	Ob H. be A. ar os än Ge Oy rei co st kle sta al- des spi üb des rek 5 V 3 o oeri Her
desgl.	Bedeutd. geringer, bes. im l. Arm, aber noch deut- lich.	desgl.	—	Puls 92-100, röcher 104-112	—	Herpesbläschen a. l. Mundwinkel, d. l. Nasen- u. Ober- lippenhälfte, R. deltoidea u. in- guinalis (bis zum 22. 9. sichtbar).	Die Störungen d. Stimmband-, Gaumensegel-, Zungenbewe- gung u. der Schmerz- u. Tem- peraturempfindung bestehen, allerdings in erheblich gerin- gerem Grade, fort.	
desgl.	Im l. Arm nahezu geschwunden, im l. Bein noch deut- lich.	Gang besser, Nei- gung nach l. zu fallen, vermin- dert.	—	Puls 90	—	—	—	
desgl.	Auch im l. Bein kaumangedeutet.	Neigung nach l. zu fallen, nicht mehr nachzuweisen. Gang wesentlich gebessert.	—	Puls 98	—	Pat. klagt über Sausen im Ohr. Lautes systol. Geräusch hint. d. r. Proc. mastoid. Oefter Beklem- mung. u. Augen- stimmern. Herz- dämpfg. r. u. bes. l. verbreitert.	—	



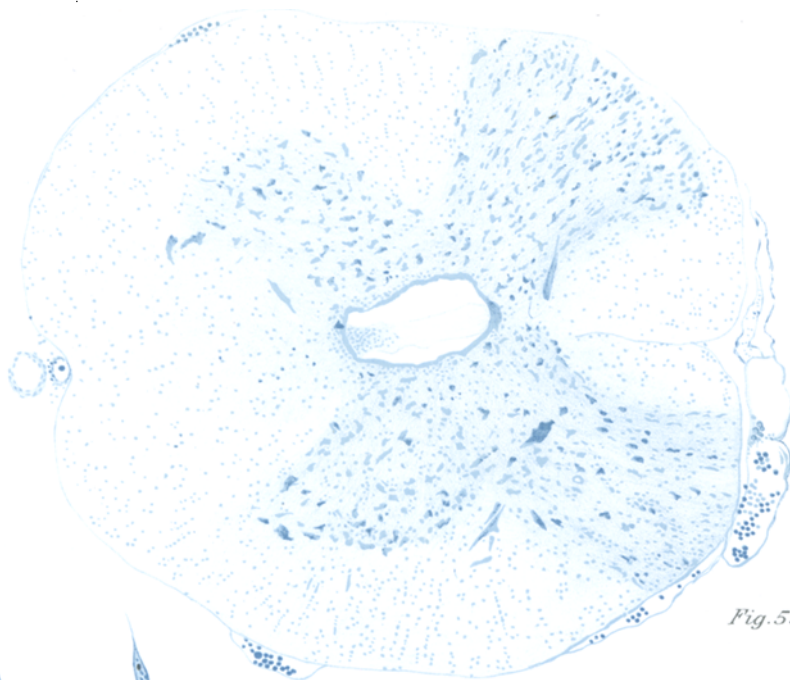


Fig. 5.

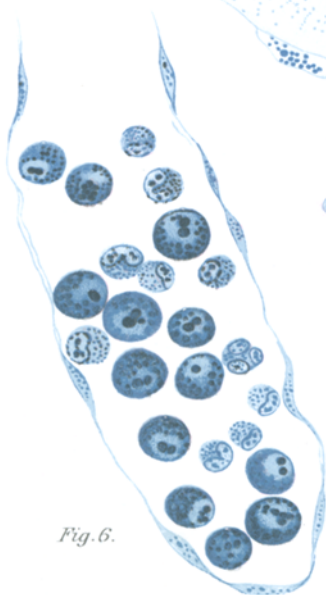


Fig. 6.

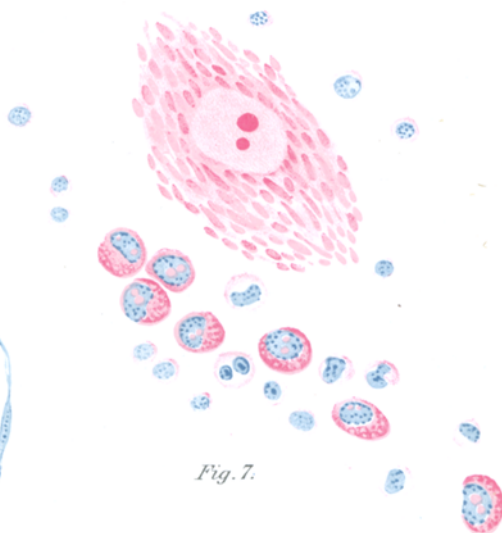
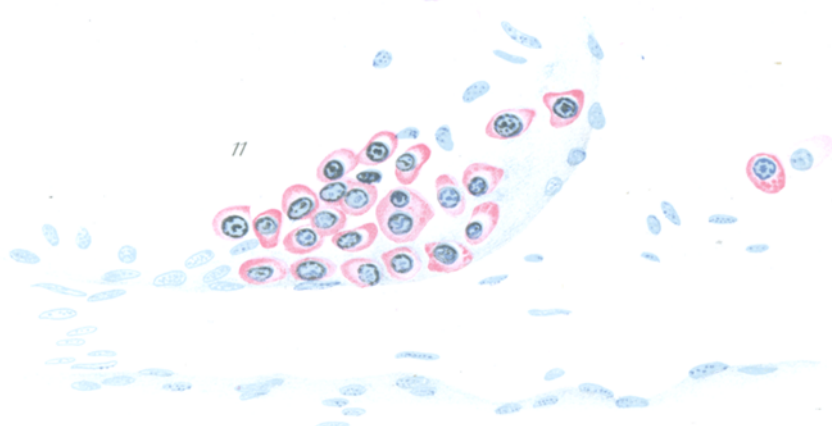
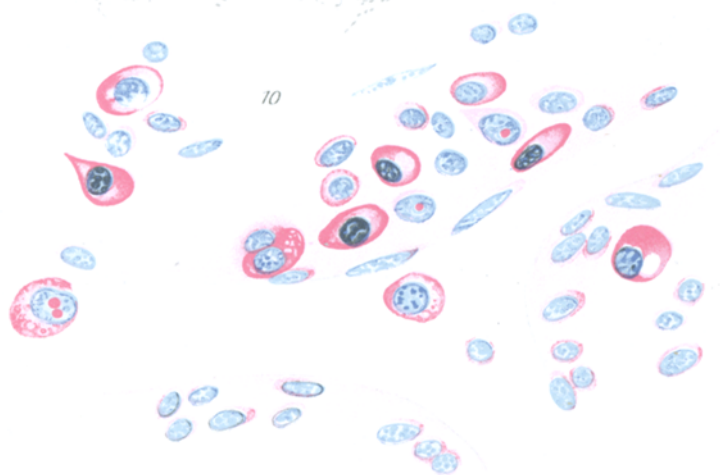
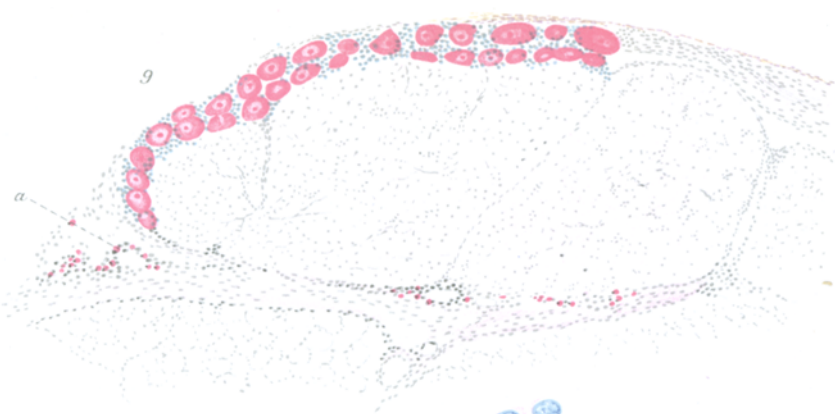
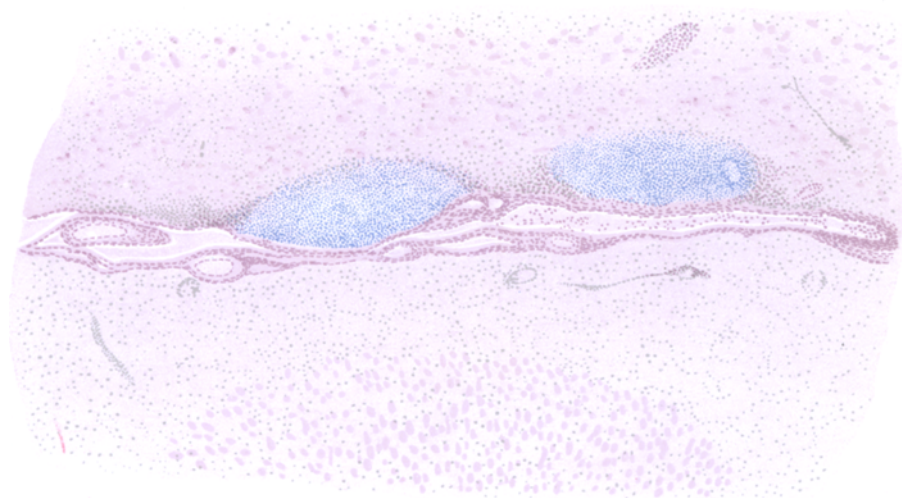
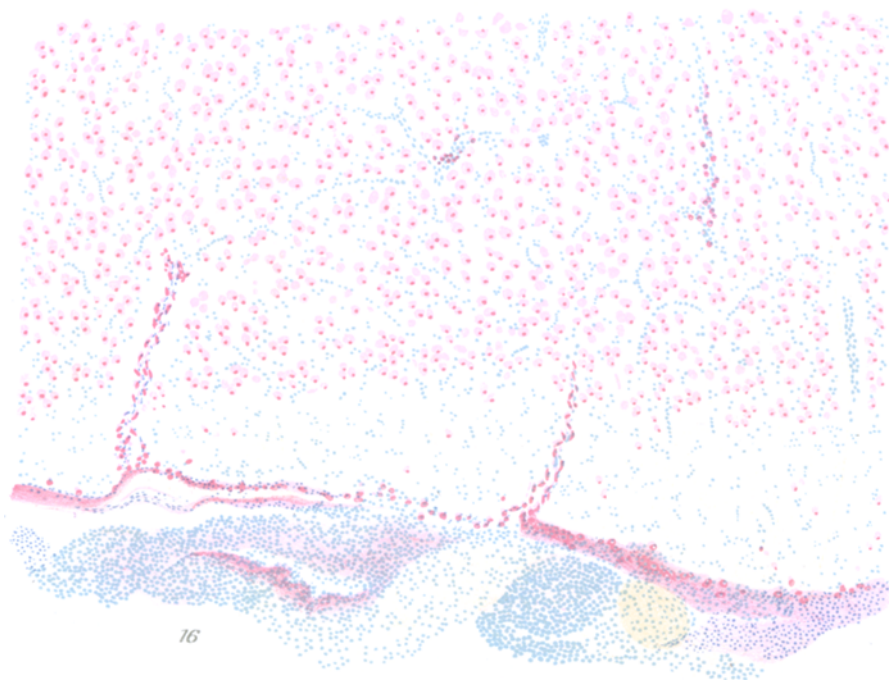


Fig. 7.





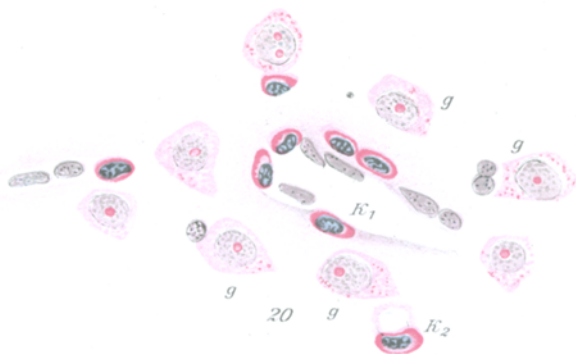
15



16



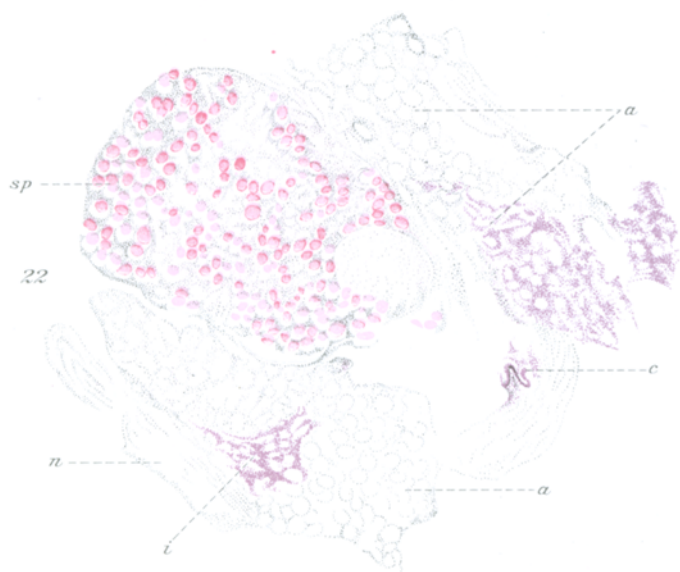
19



20



21



22

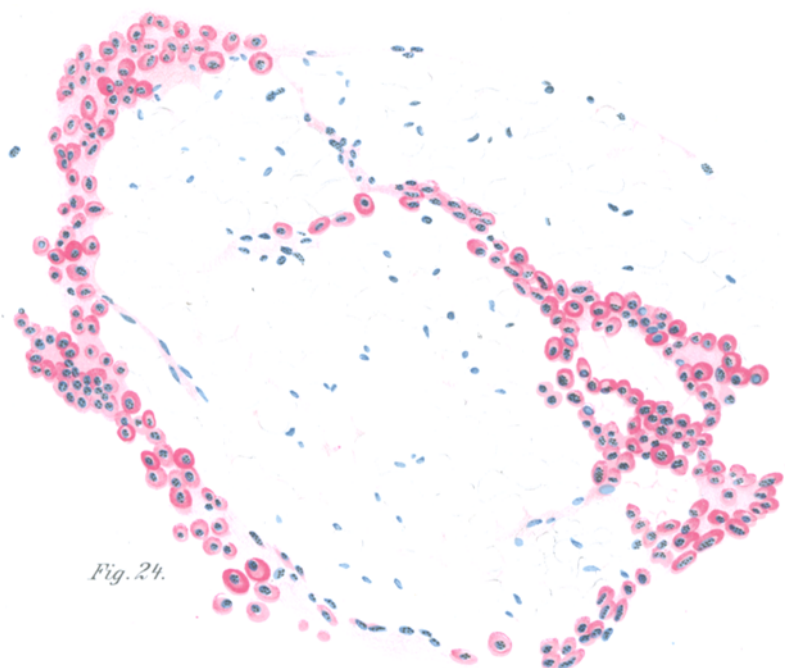


Fig. 24.

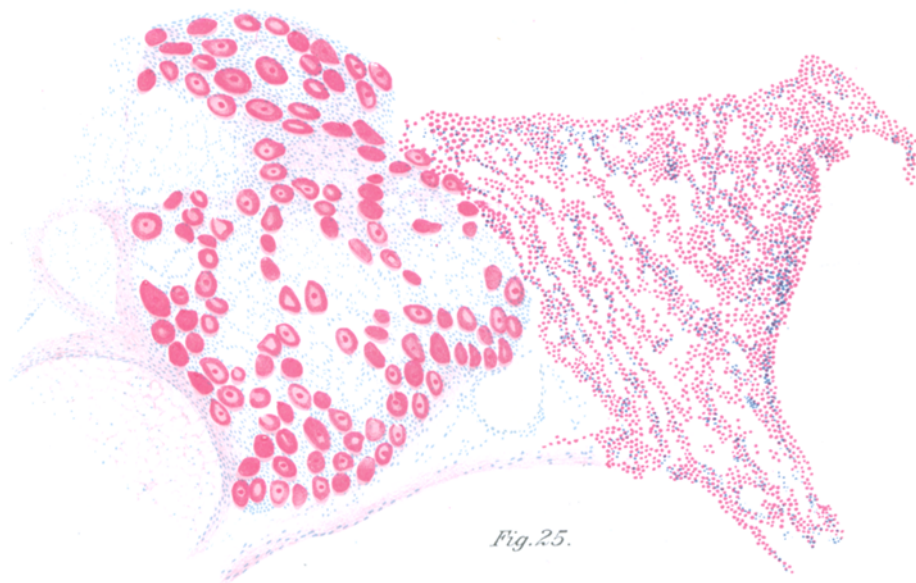


Fig. 25.

E. Laue, Lith. Inst. Berlin.

E. Laue, Lith. Inst. Berlin.

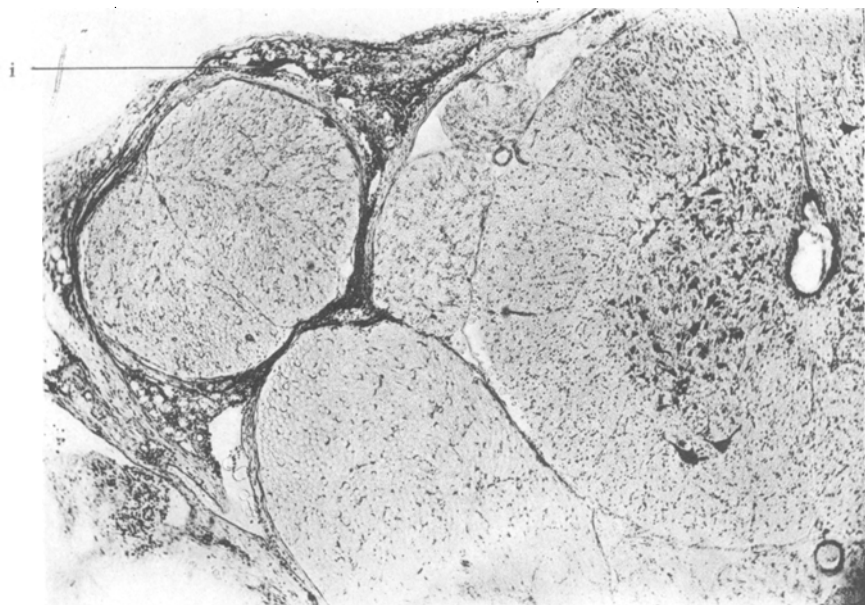


Fig. 8.

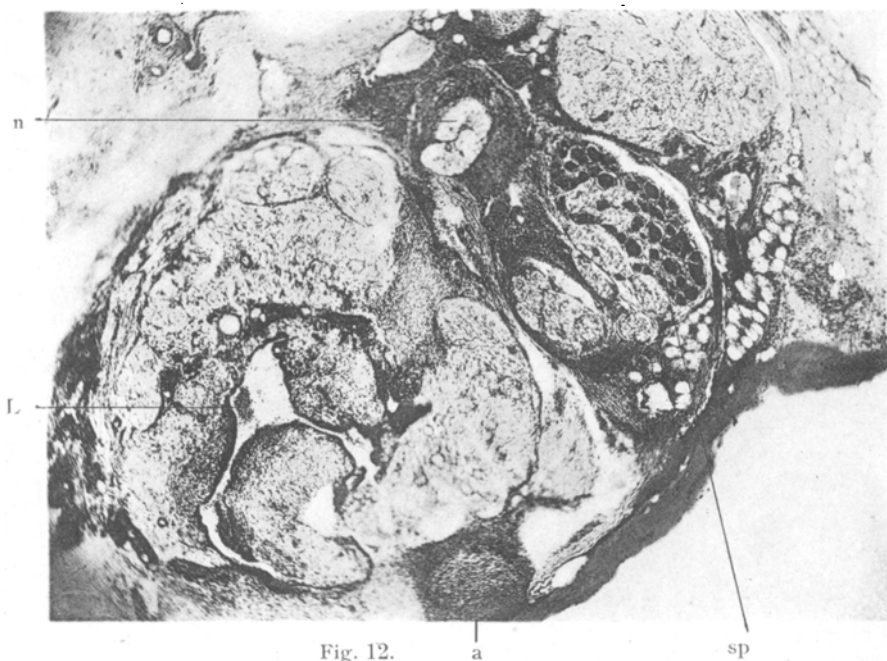


Fig. 12.

Fig. 12.



Fig. 13.

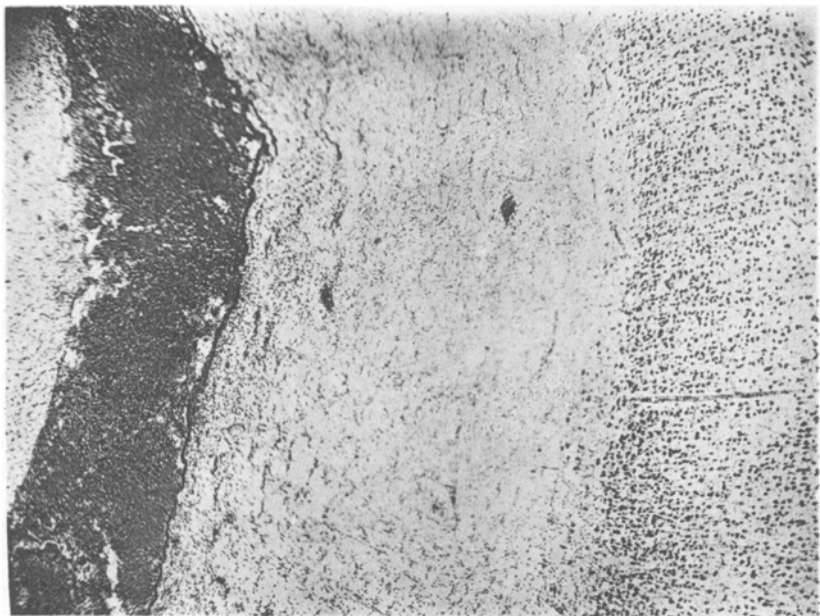


Fig. 14.

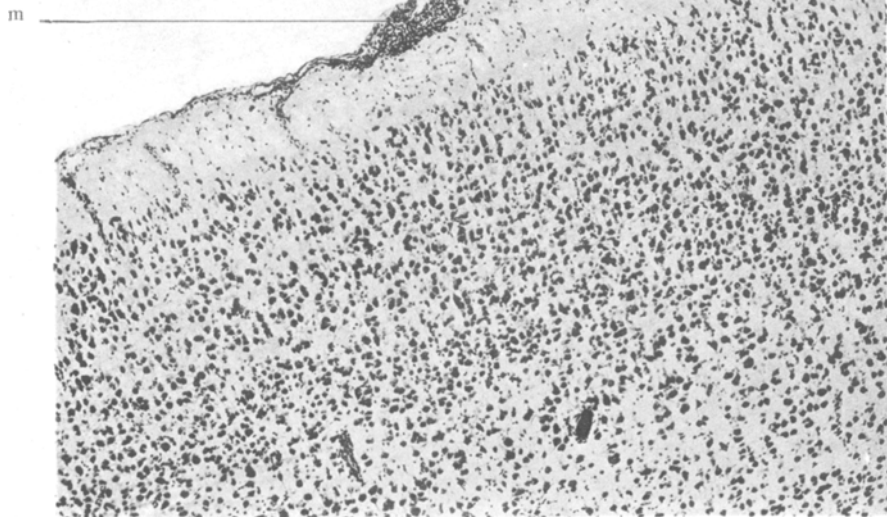


Fig. 17.

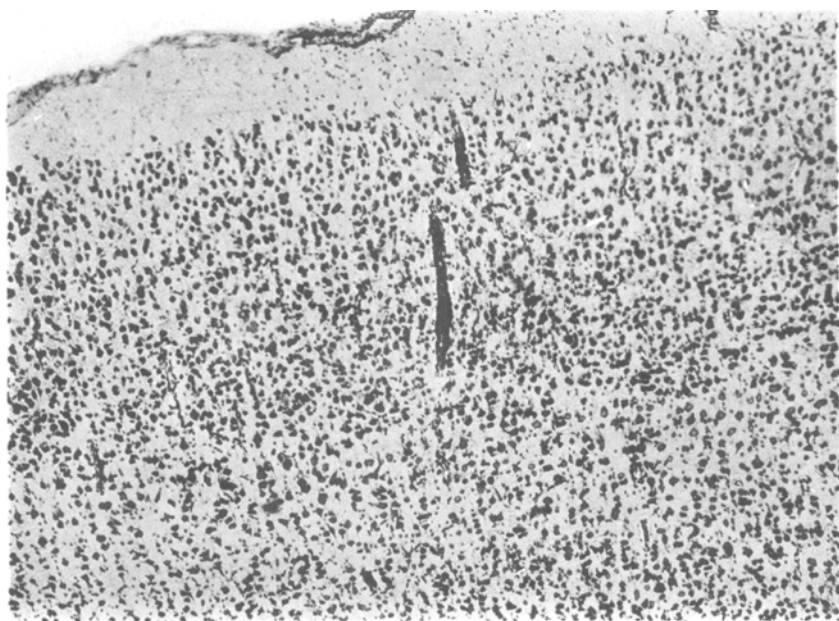


Fig. 18.

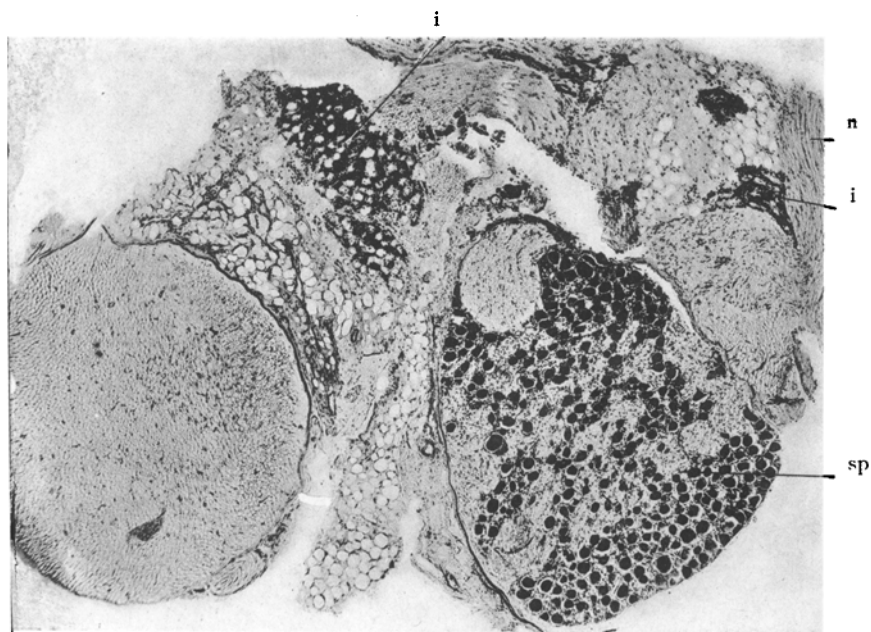
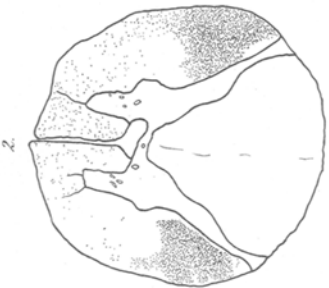
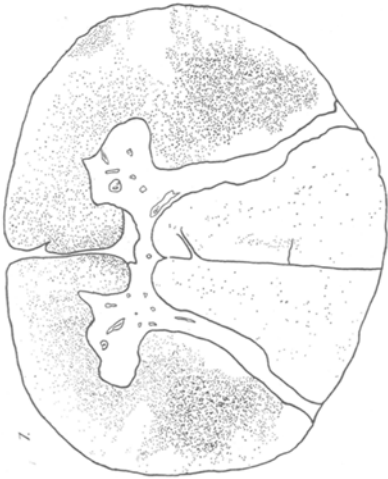
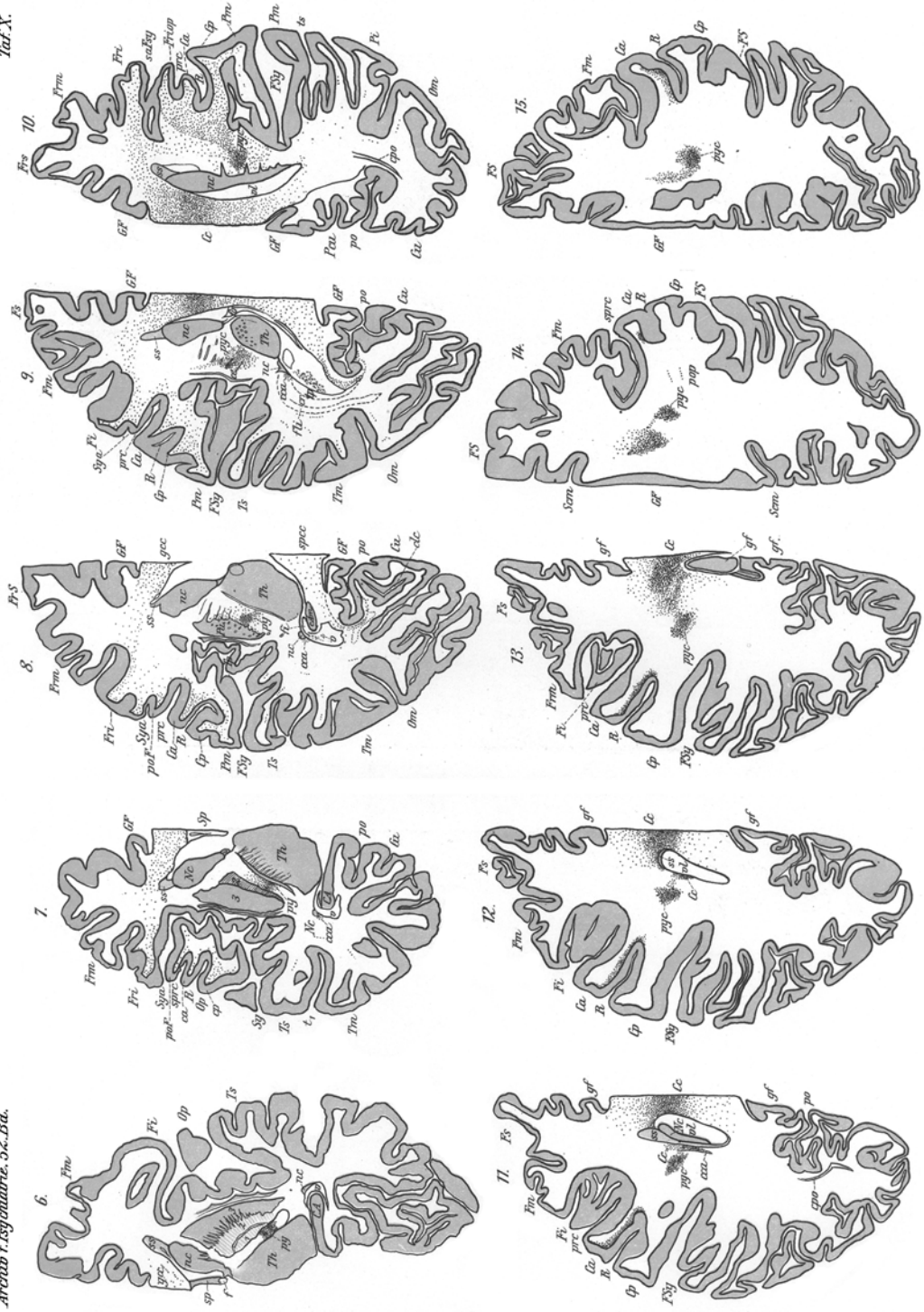
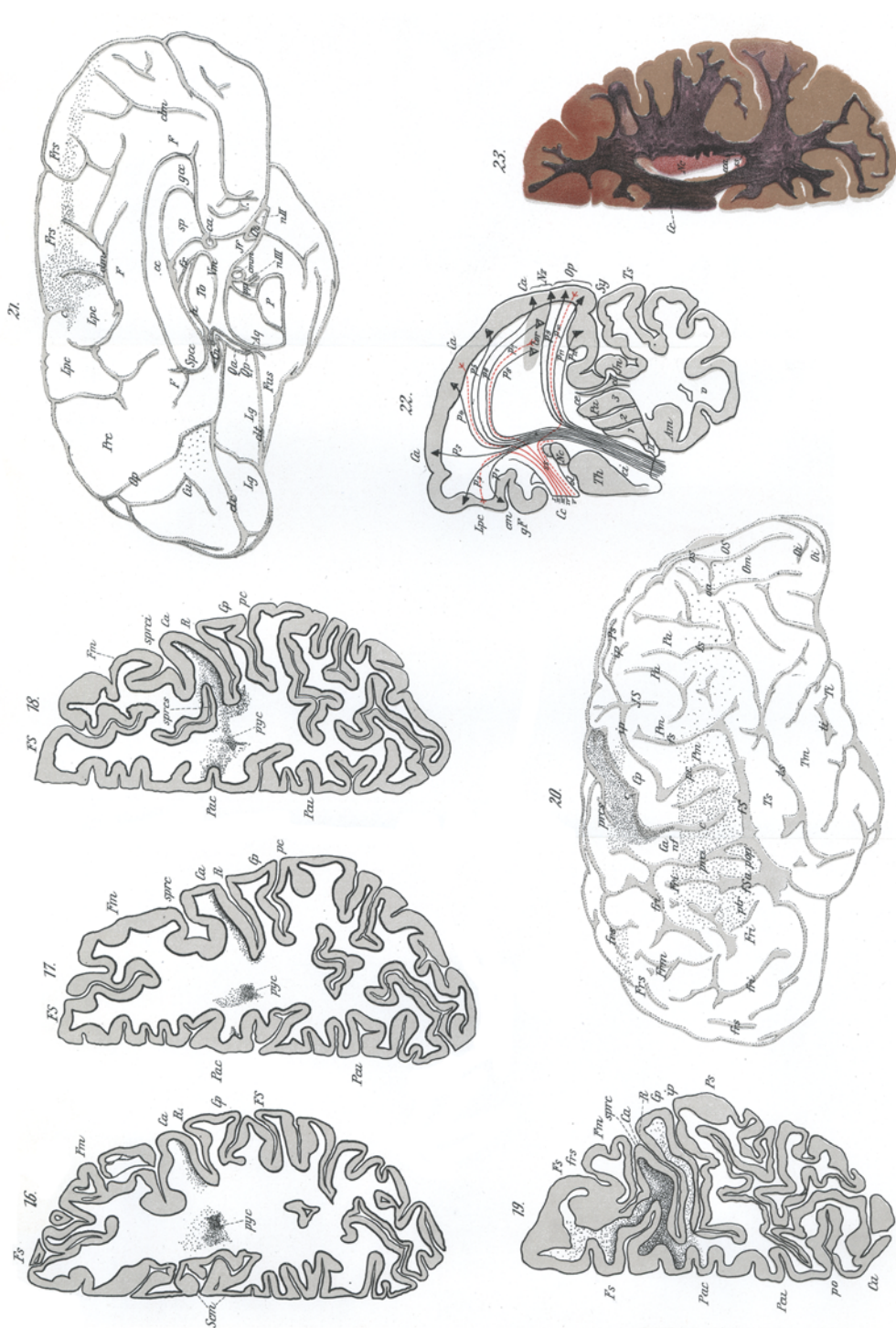
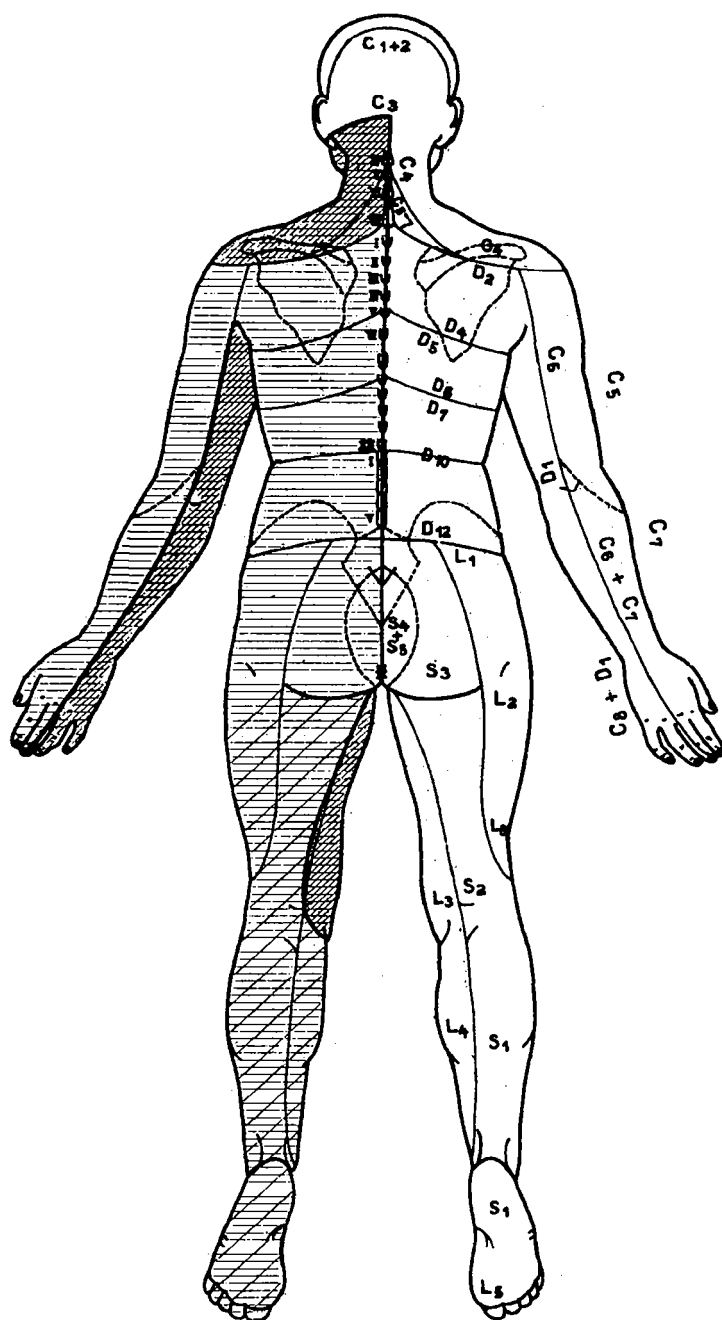


Fig. 23.

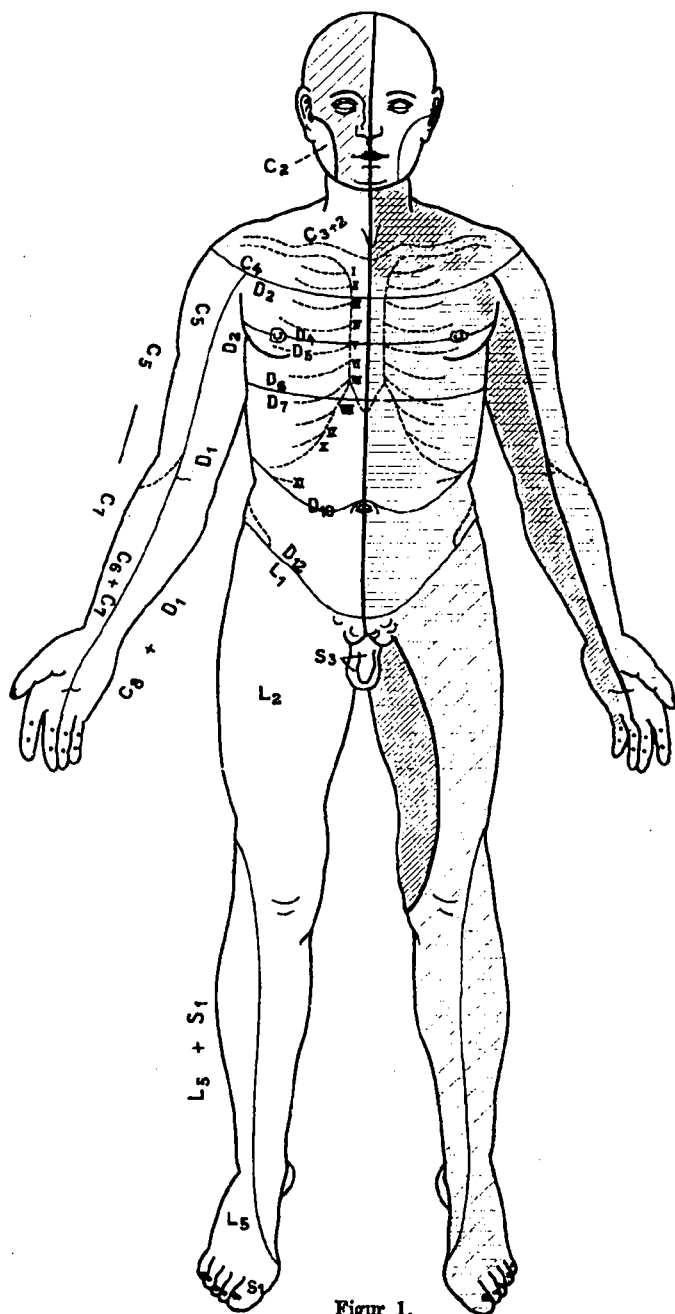






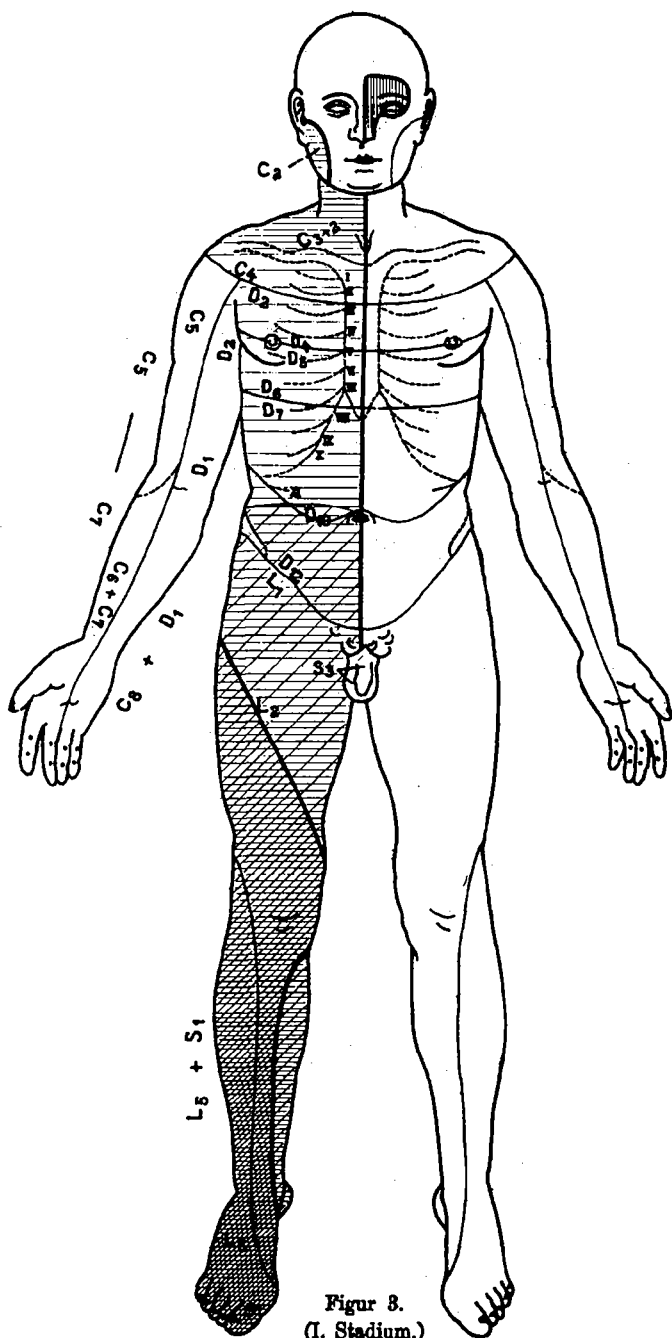


Figur 2






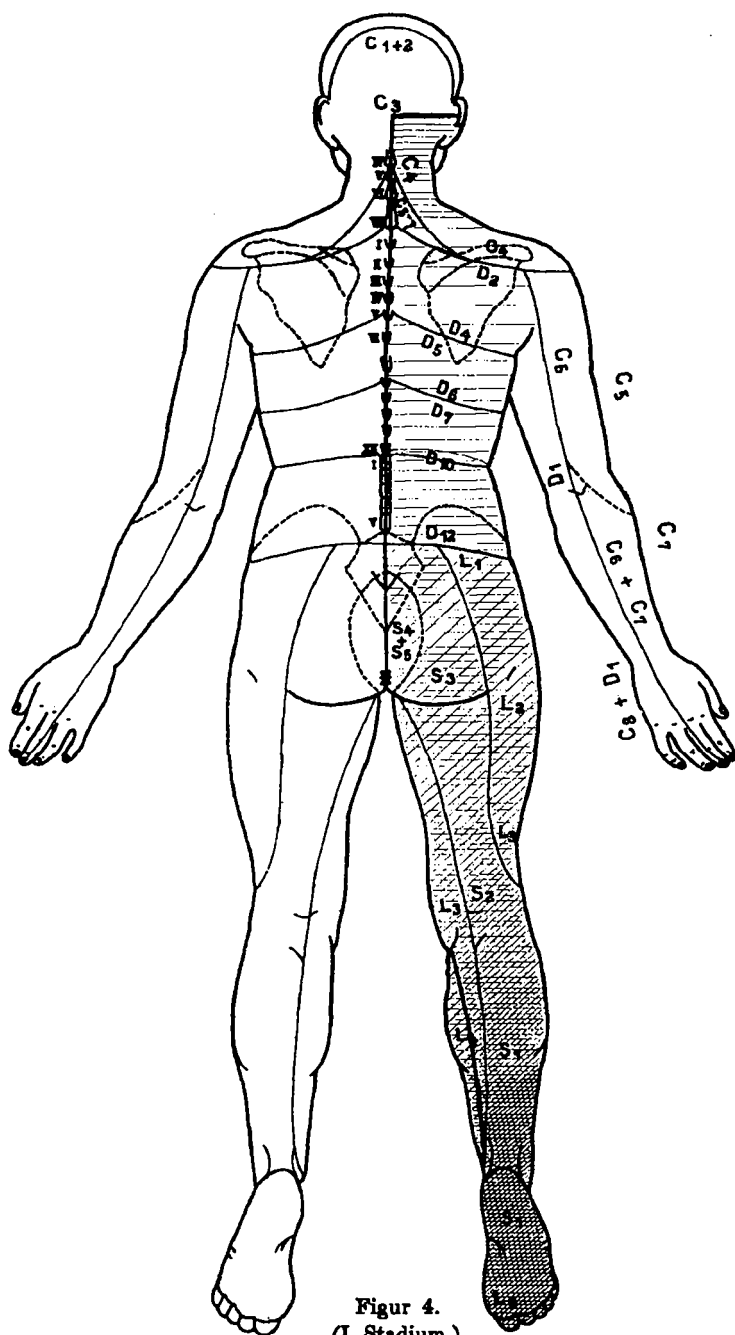
Figur 1.

Herabsetzung der Temperaturempfindung.
 Herabsetzung der Schmerzempfindung.





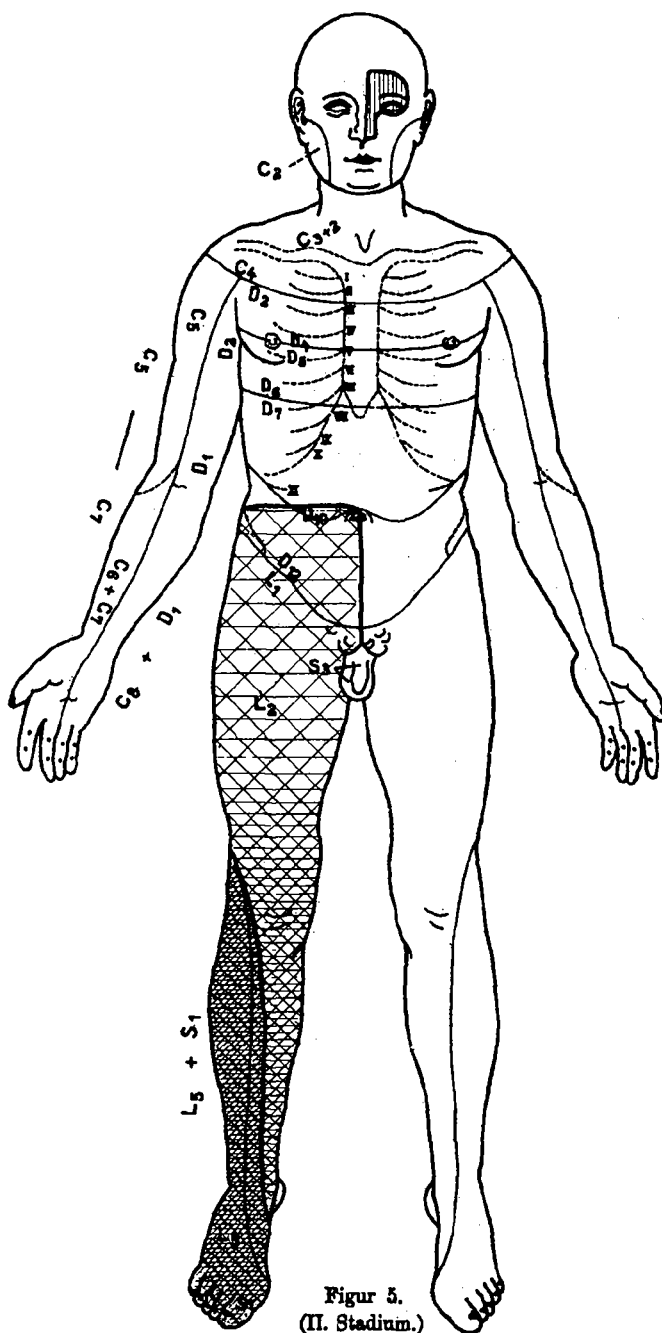
Figur 3.
(I. Stadium.)

-  Subjektives Taubheitsgefühl.
-  Herabsetzung der Temperaturempfindung.
-  Herabsetzung der Schmerzempfindung.




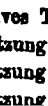


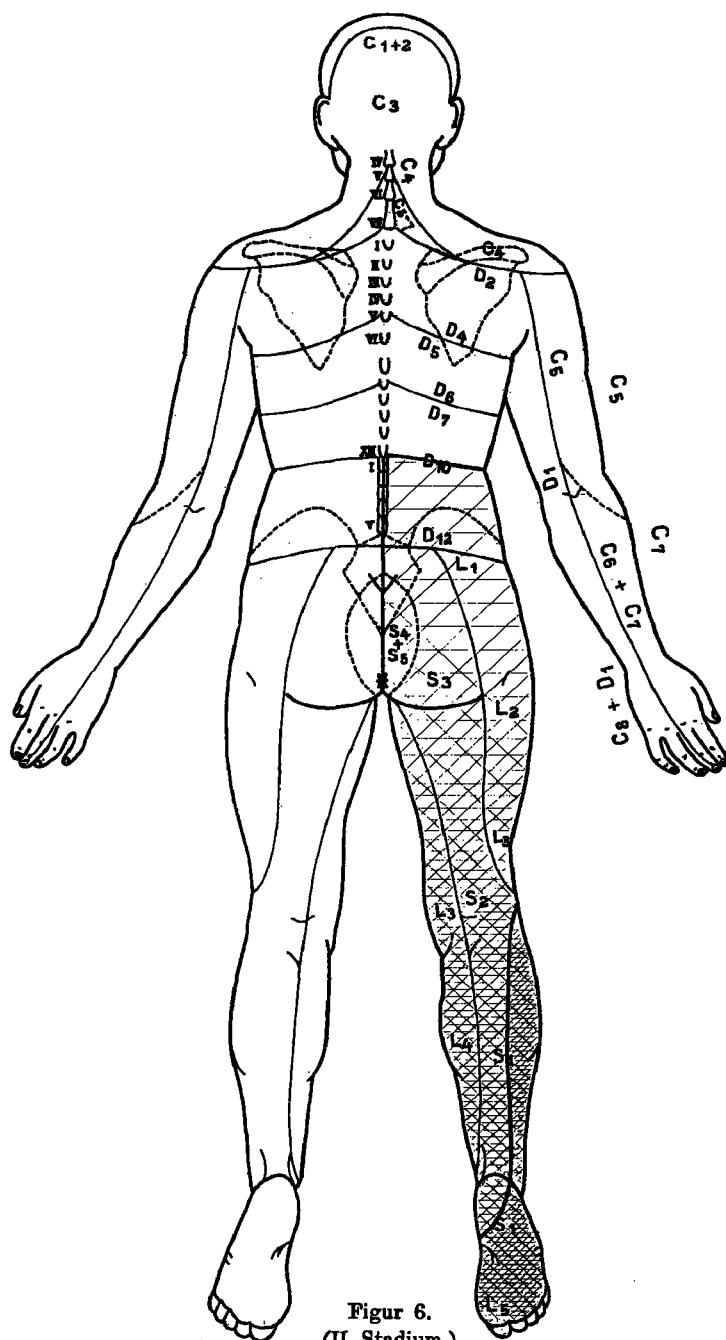
Figur 4.
(I. Stadium.)

 Herabsetzung der Temperaturempfindung.
 Herabsetzung der Schmerzempfindung.



Figur 5.
(II. Stadium.)

-  Subjektives Taubheitsgefühl.
-  Herabsetzung der Temperaturempfindung.
-  Herabsetzung der Schmerzempfindung.
-  Herabsetzung der Knochensensibilität.



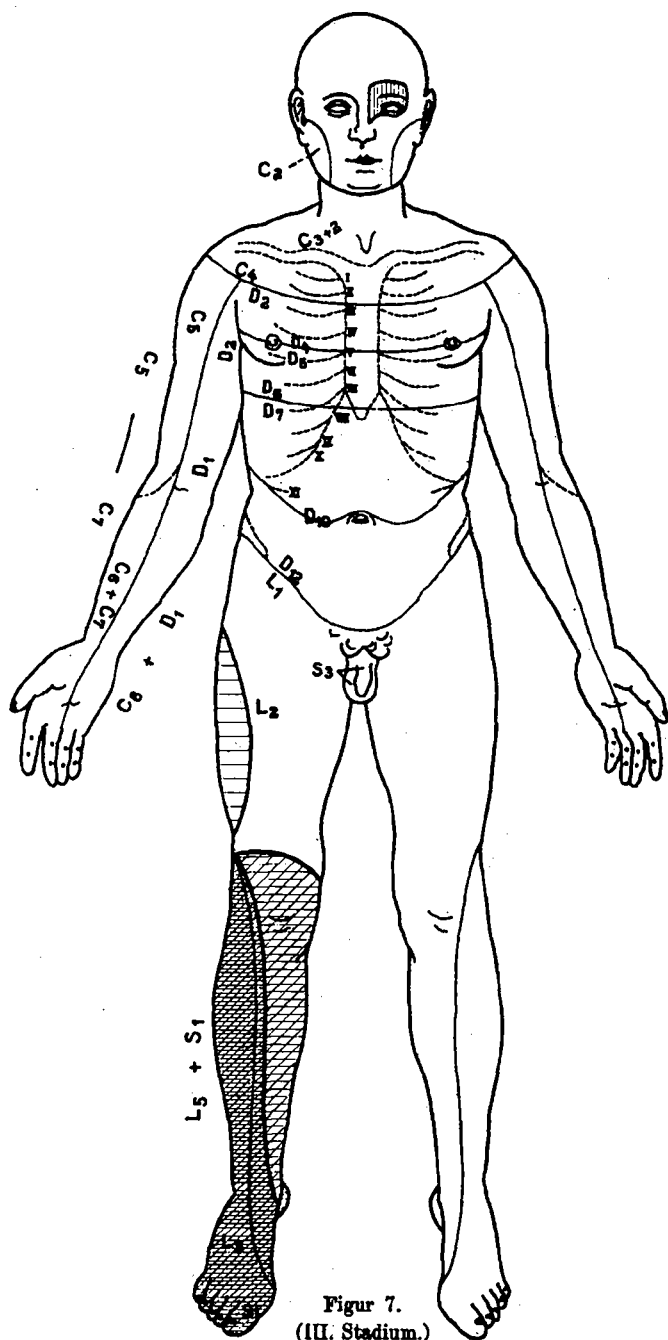
Figur 6.
(II. Stadium.)



Herabsetzung der Temperaturempfindung.

Herabsetzung der Schmerzempfindung.

Herabsetzung der Knochensensibilität.



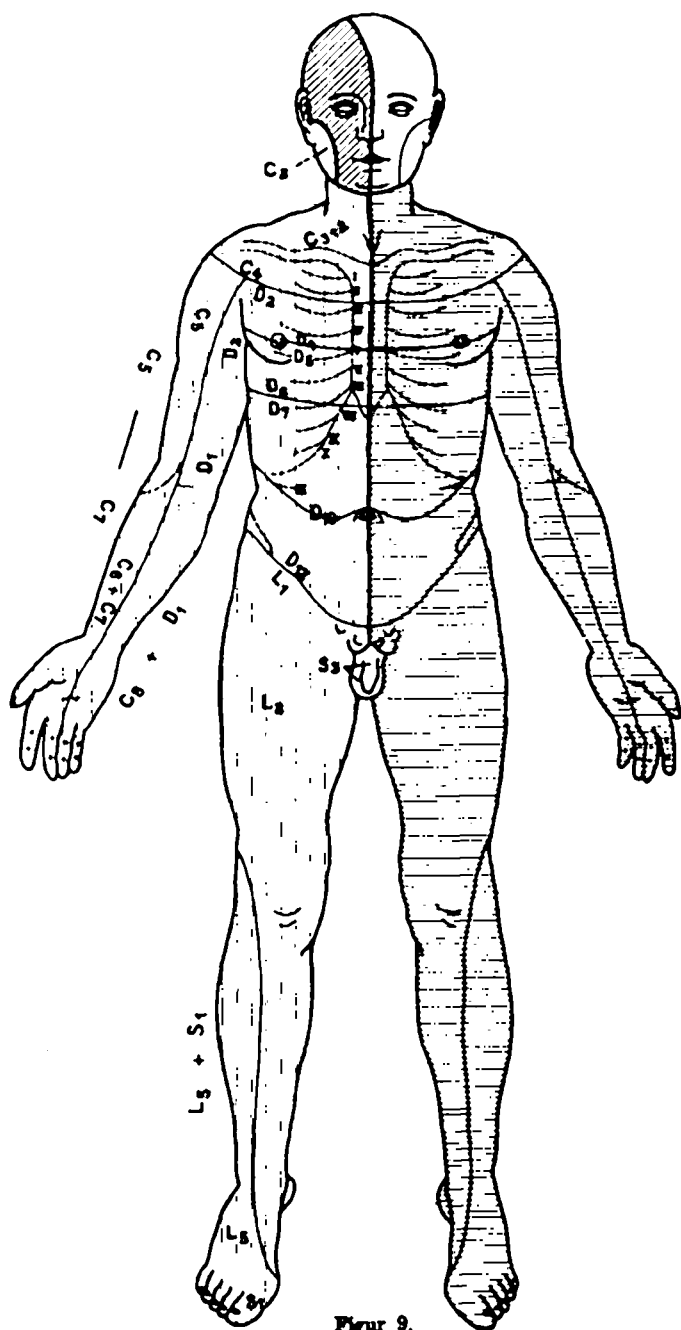
Figur 7.
(III. Stadium.)






Subjektives Taubheitsgefühl.

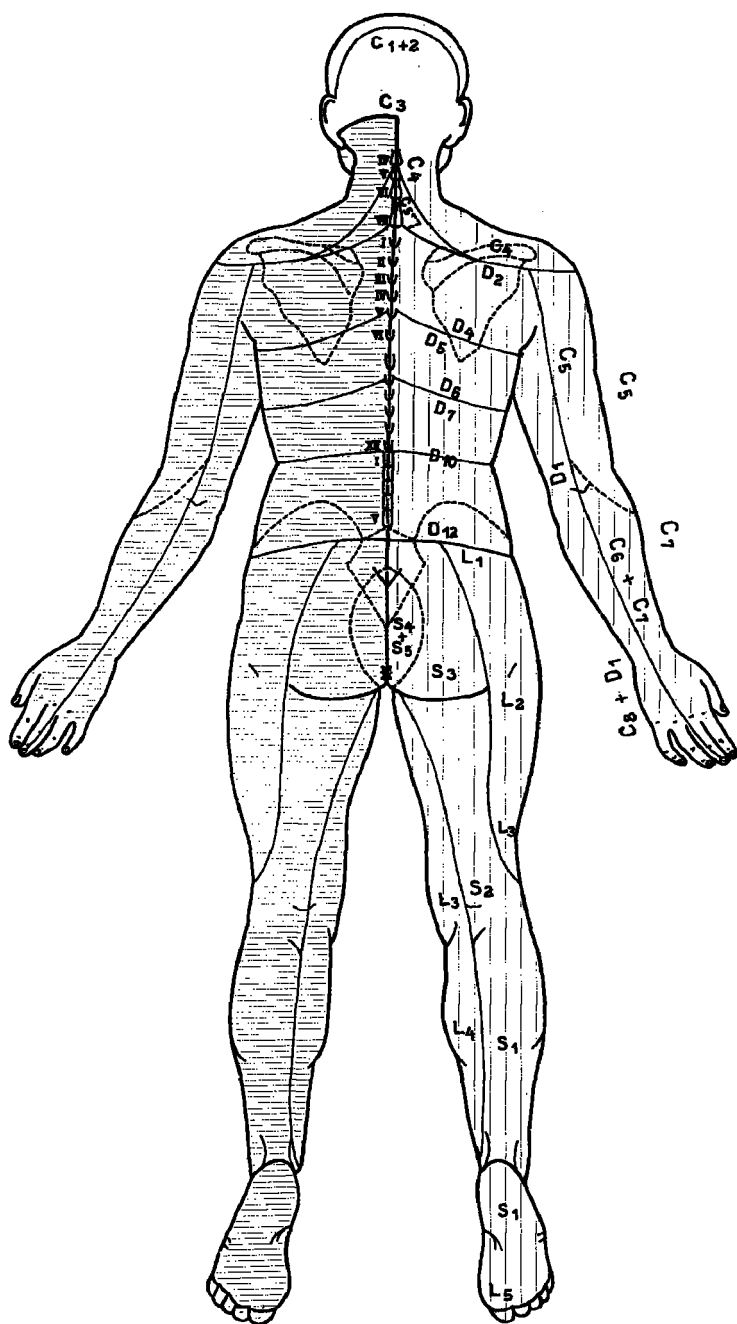
Herabsetzung der Temperaturempfindung.

Herabsetzung der Schmerzempfindung.

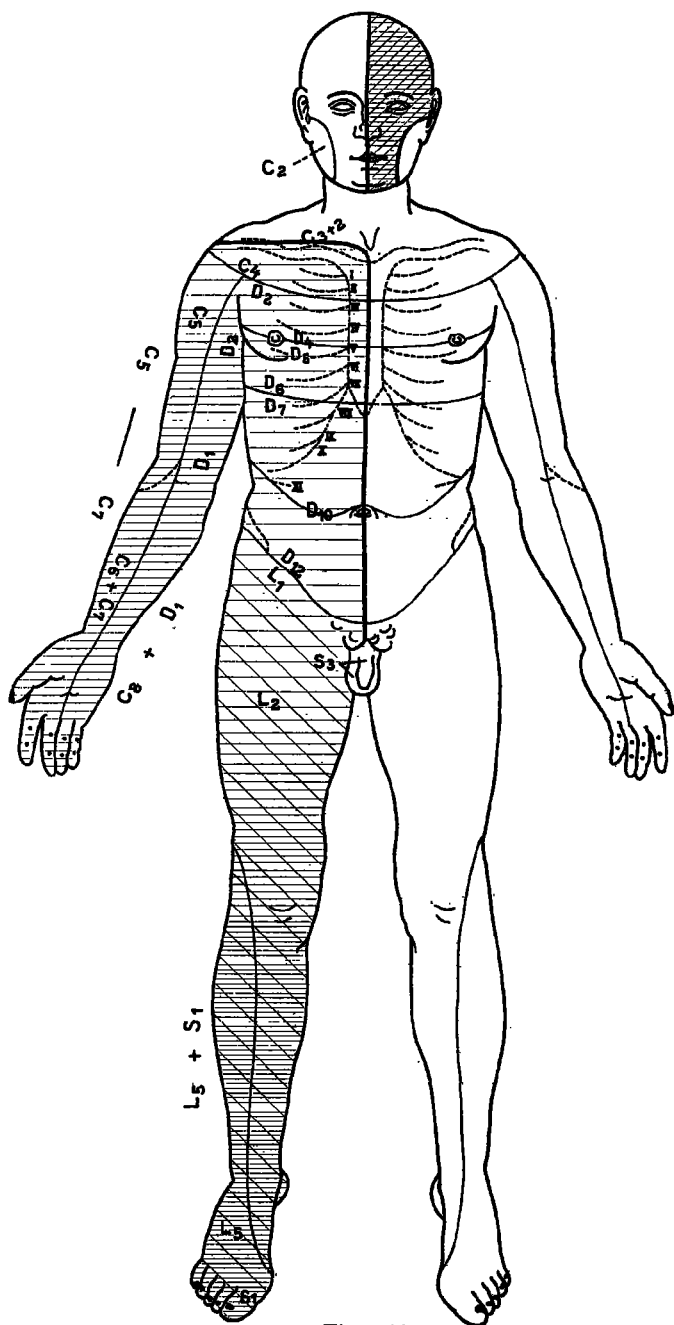


Figur 9.

-  Herabsetzung der Schmerzempfindung.
 Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung.
 Gefühls- Herabsetzung der Berührungsempfindung.

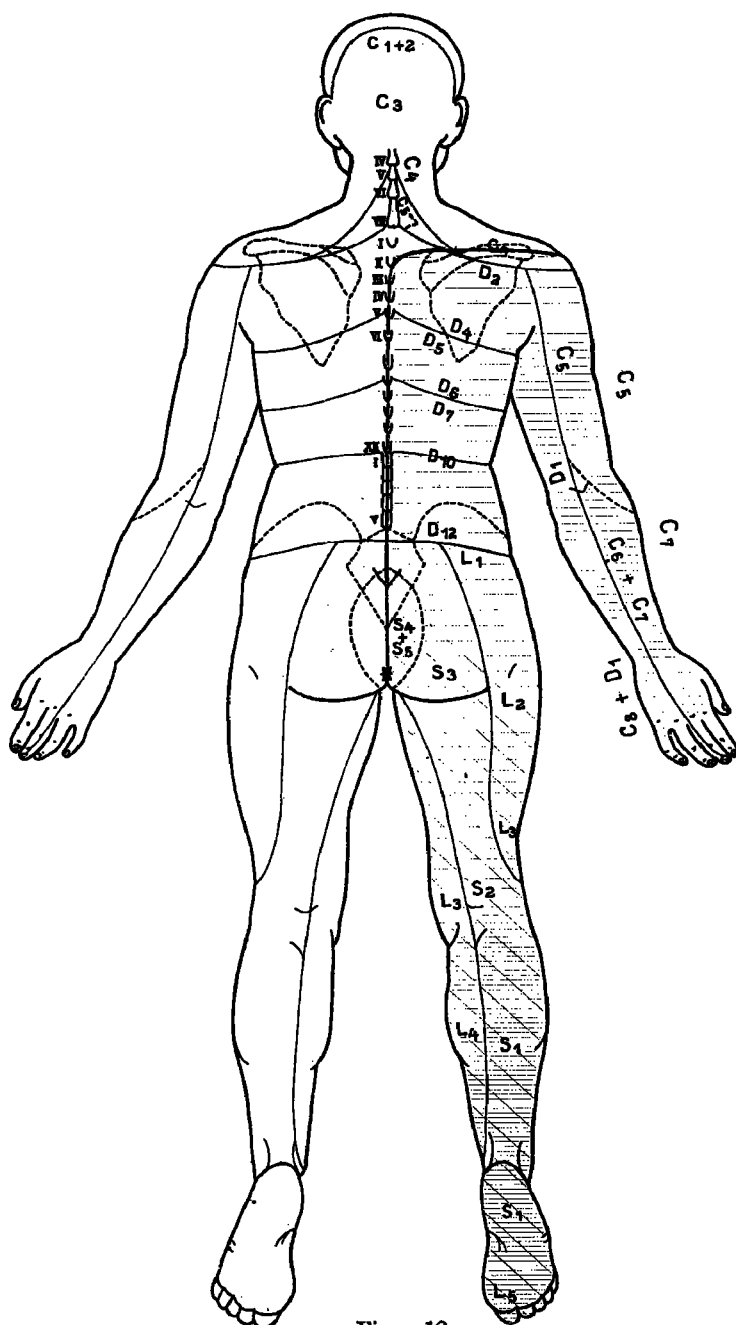


Figur 10.



Figur 11.

- Störung der Schmerz- und Temperaturempfindung.
- Störung der Berührungsempfindung.
- Störung der Knochensensibilität.



Figur 12.

■ Störung der Schmerz- und Temperaturempfindung.
 ■ Störung der Knochensensibilität.

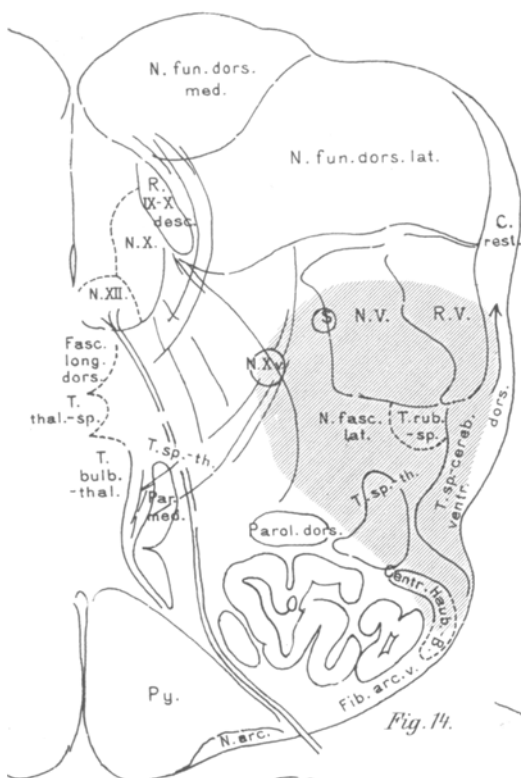


Fig. 14.

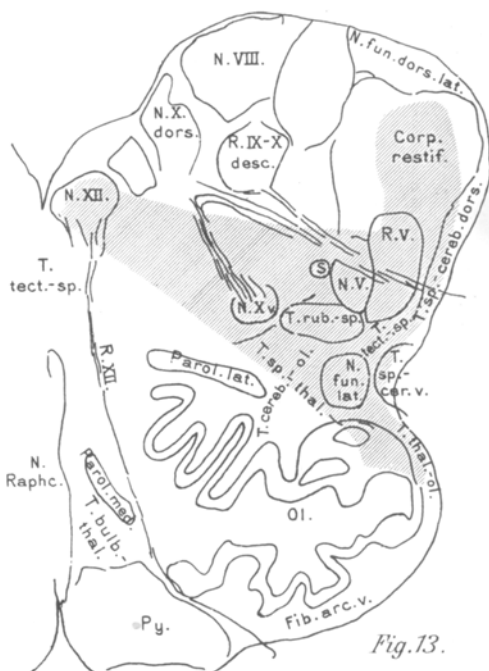


Fig. 13.

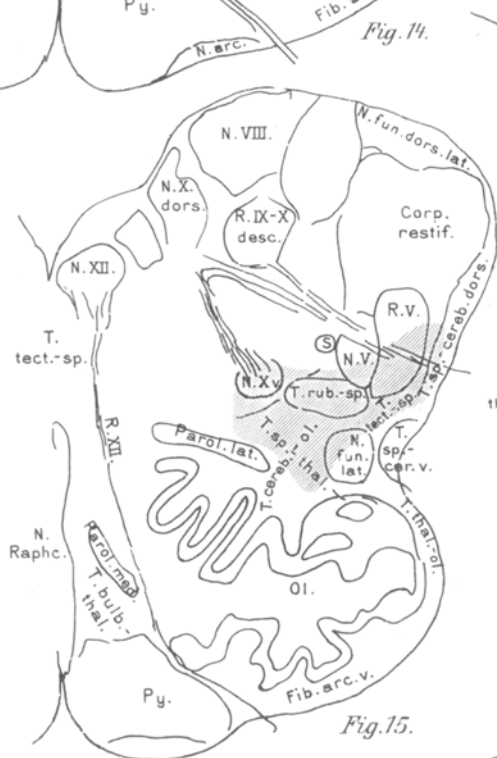


Fig. 15.

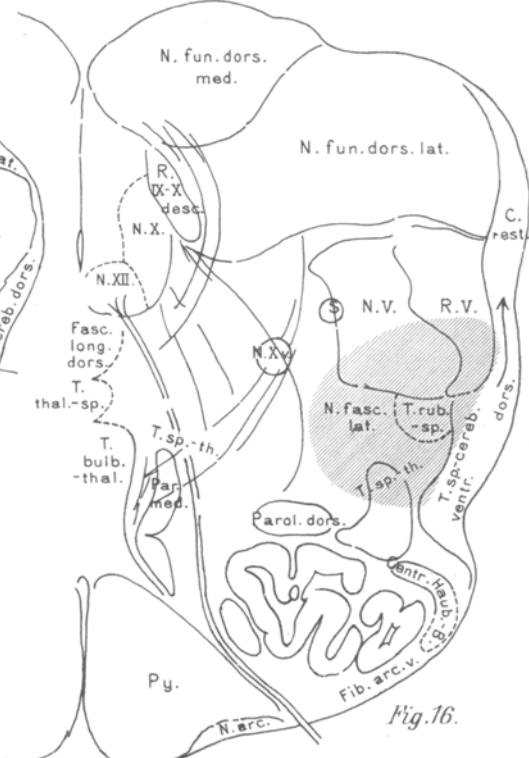


Fig. 16.

Fig. 17.

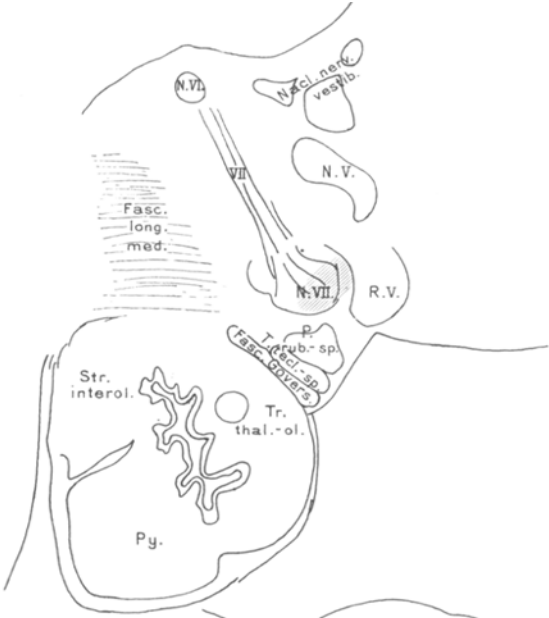
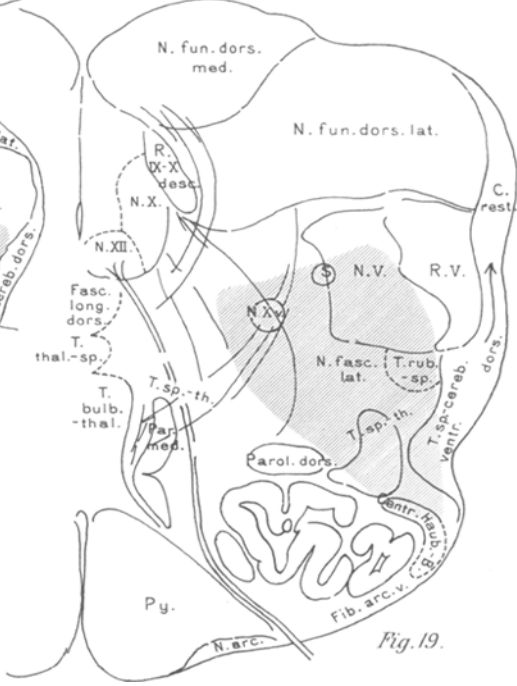
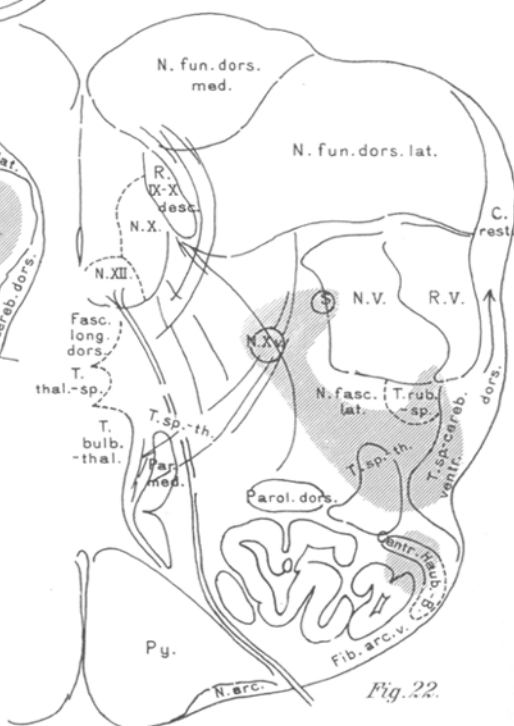
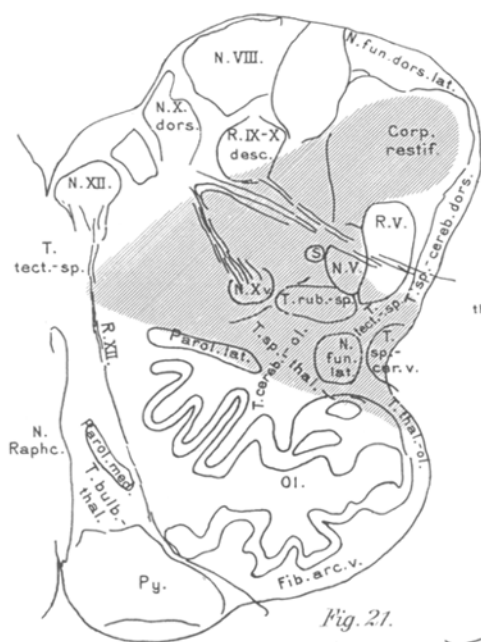
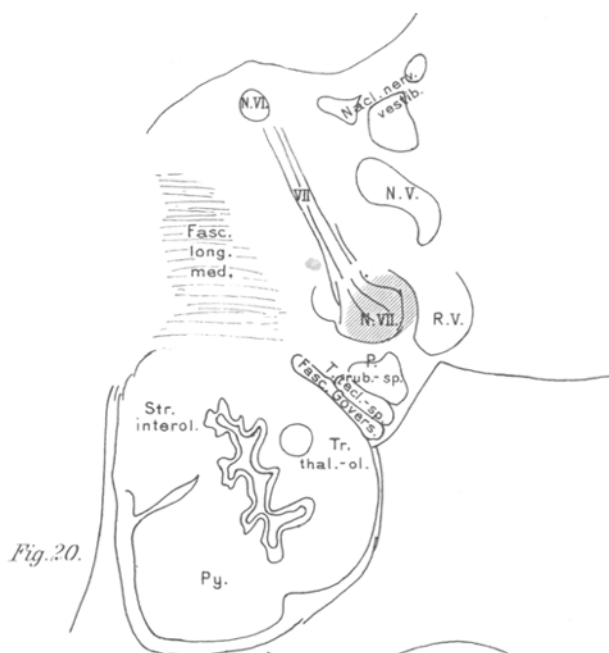


Fig. 18.



Fig. 19.





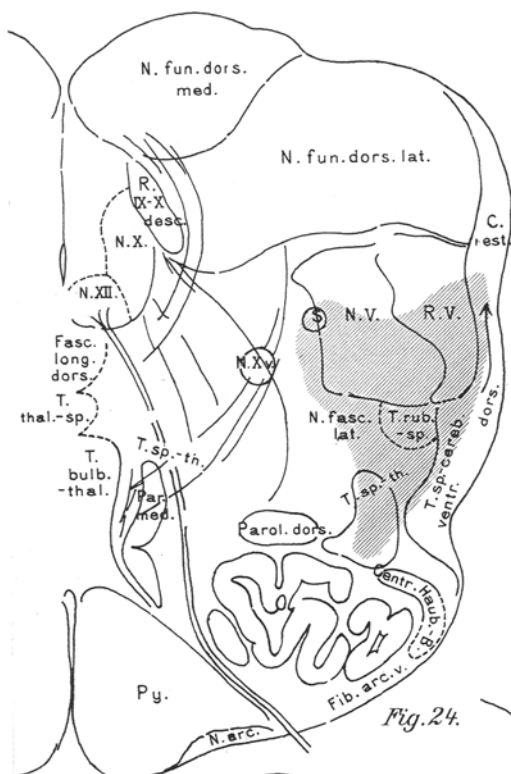


Fig. 24.

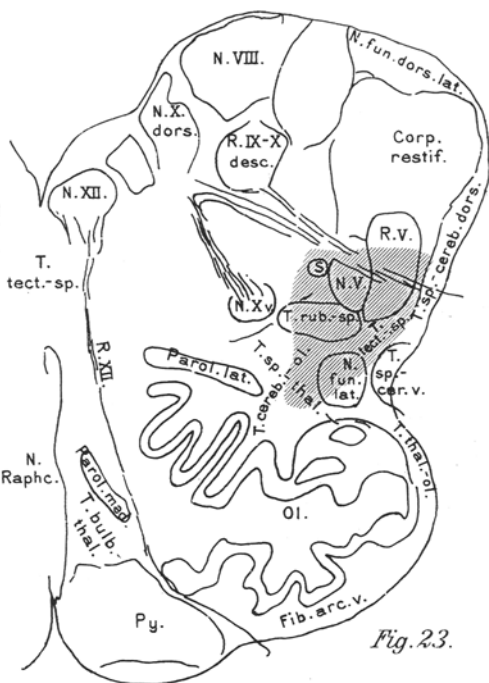


Fig. 23.

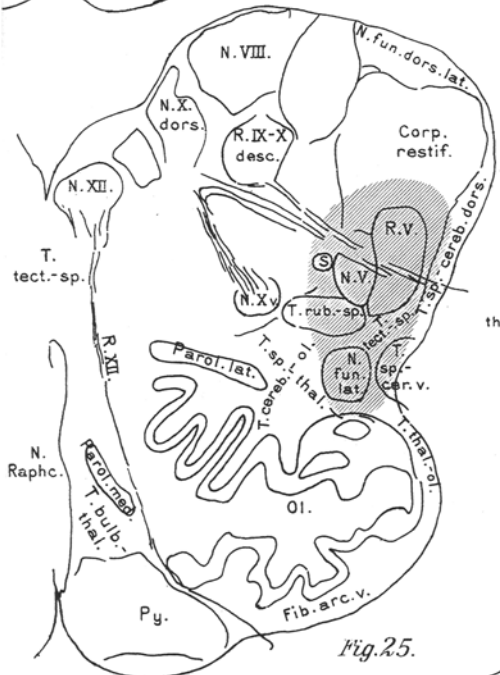


Fig. 25.

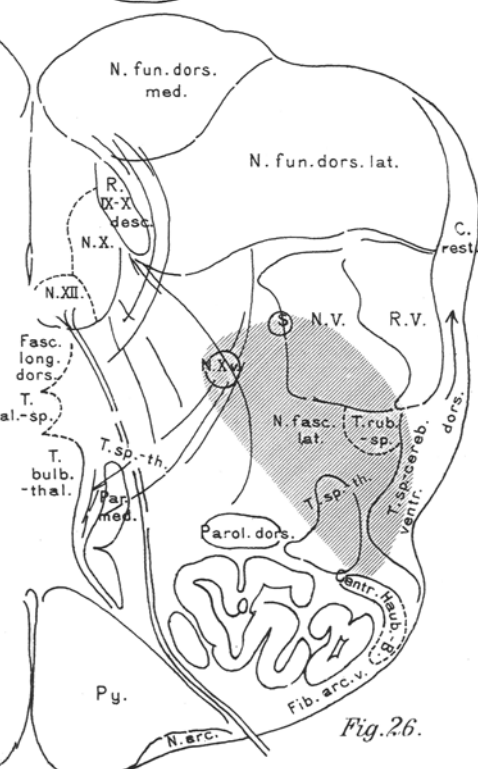
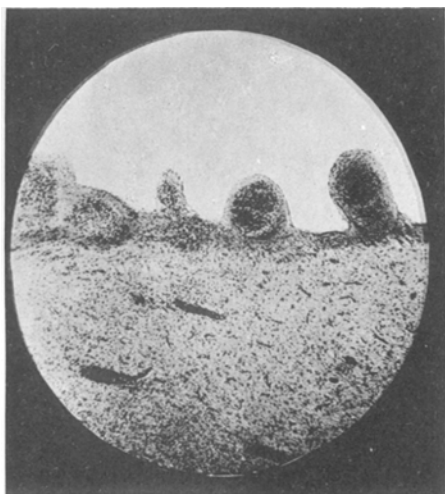
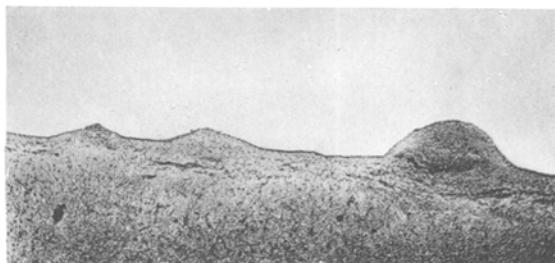


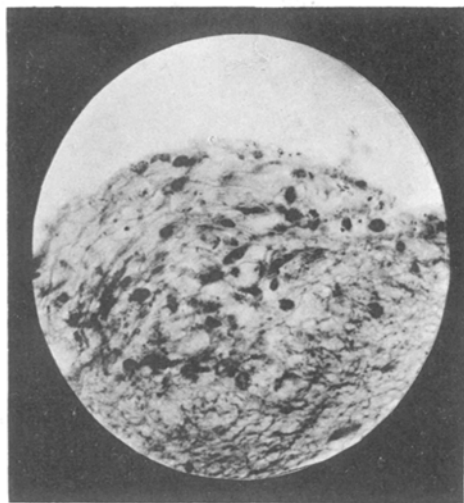
Fig. 26.



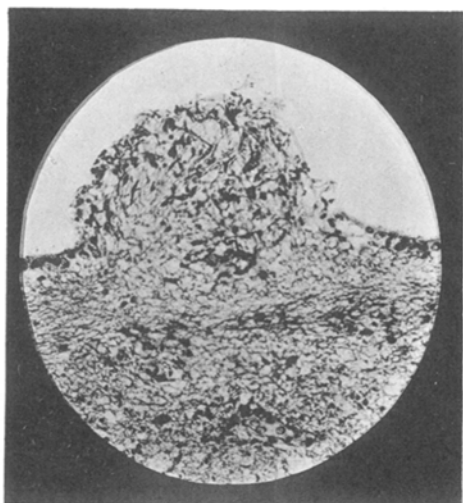
1



2



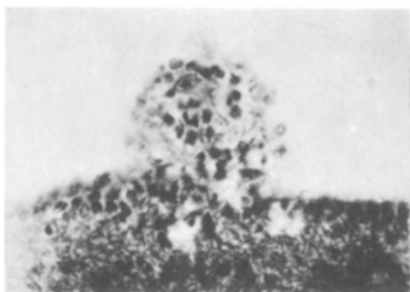
3



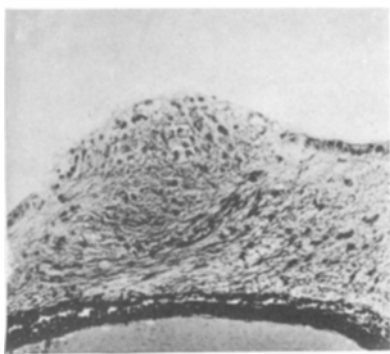
4



5



6



7



8